

**A perspetiva da mulher migrante sobre o processo de interação
com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto**

Maria da Conceição Fernandes Santiago

Orientador(es): Prof. Doutora *Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo*
Prof. Doutora *Marta Lima Basto*

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

A perspectiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros
durante a gravidez ao pós-parto

com a colaboração da



A perspetiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto

Maria da Conceição Fernandes Santiago

Orientador(es): Prof. Doutora *Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo*

Prof. Doutora *Marta Lima Basto*

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas e Membro da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Maria Natália Pereira Ramos, Professora Associada
Departamento de Ciências Sociais e de Gestão da Universidade Aberta;
- Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientadora;
- Doutora Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa Reis, Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém;
- Doutora Emília de Carvalho, Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu;
- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutor Paulo Jorge Granjo Simões, Investigador Auxiliar
Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

A perspectiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros
durante a gravidez ao pós-parto

AGRADECIMENTOS

A investigação que realizámos só foi possível pelo contributo de um conjunto de pessoas a quem deixo expresso os mais sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, minha orientadora deste trabalho, pelo apoio, confiança, amizade, sabedoria e pertinência de sugestões ao longo do percurso da investigação.

À Professora Doutora Marta Lima Basto, coorientadora deste trabalho, pela sua afabilidade, disponibilidade e incentivo constantes, pela sua sabedoria e congruência das suas orientações ao longo das etapas da investigação.

À minha colega e amiga Professora Doutora Maria Irene Mendes Pedro Santos, pela sua disponibilidade e contributos no domínio da metodologia do estudo.

À Presidência da Escola Superior de Saúde de Santarém, pelo incentivo e implementação de condições para a realização da investigação.

À Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (CES ARSLVT, IP), pela autorização do estudo e relevância atribuída.

Ao Conselho Clínico de Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, pela abertura e colaboração na criação das condições de acesso às unidades funcionais para aceder às participantes do estudo.

Aos enfermeiros das Unidades Funcionais, pela disponibilidade e competência na realização de todos os procedimentos que envolveram o acesso às participantes do estudo, apesar da intensidade do seu trabalho diário.

Às participantes do estudo, um profundo agradecimento, por partilharem momentos significativos das suas vidas em prol da investigação.

À minha família, meu companheiro de percurso de vida, meus filhos e meus pais, pela imensa compreensão nos momentos de maior intensidade de trabalho. À minha irmã Cláudia, pela ajuda em pormenores de finalização do relatório da tese.

A todos um bem-haja!

RESUMO

Os cuidados de saúde materna a mulheres migrantes colocam novos desafios aos países de acolhimento da Região Europeia da OMS. Estas tendem a piores resultados de saúde perinatais, devido a condições de migração, estado de saúde, necessidades socioeconómicas, língua ou literacia em saúde, que podem influenciar ou competir com os cuidados de saúde. A mulher migrante pode manifestar diferentes representações e práticas culturais associadas à gravidez/maternidade que necessitam ser compreendidas e respeitadas durante os cuidados de enfermagem. Estudo qualitativo com recurso à *Grounded Theory*, na perspetiva construtivista de Charmaz, pretendendo-se desenvolver uma teoria compreensiva do modo como a mulher migrante vivencia a interação com o enfermeiro durante a vigilância da gravidez ao pós-parto, identificar elementos caracterizadores da interação mulher migrante-enfermeiro e explorar os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas. Realizadas trinta entrevistas a migrantes grávidas e mães até aos 6 meses pós-parto (oriundas de vários países), de fevereiro 2015 a dezembro de 2016, em Cuidados de Saúde Primários, após aprovação da CES ARSLVT, IP. No processo analítico, a codificação emergente dos dados determinou a categoria central Construindo a Confiança, representativa da utilização de competências e habilidades profissionais para ajudar a mulher migrante a adquirir confiança, expor emoções, inseguranças e necessidades, onde o suporte afetivo disponibilizado se evidencia. Concluiu-se que o desenvolvimento de uma relação de confiança emergiu como componente essencial dos cuidados de enfermagem, num processo dinâmico de fatores facilitadores e condicionantes durante a interação mulher migrante-enfermeiro, associados às características culturais e de personalidade de ambos os intervenientes no processo de cuidados. Os resultados do estudo mostram a perspetiva da cliente migrante sobre os cuidados de saúde materna recebidos em contexto português, podendo contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, bem como para o desenvolvimento de novo conhecimento na disciplina de Enfermagem.

Palavras-Chave: Mulher migrante; Gravidez; Pós-parto; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Maternal health care for migrant women place new challenges to host countries in the WHO European Region. These women tend to have worse perinatal health outcomes due to migration conditions, health status, socioeconomic needs, language or health literacy, which may influence or compete with health care. The migrant woman can manifest different representations and cultural practices associated with pregnancy / maternity that need to be understood and respected during nursing care. A qualitative study using Grounded Theory in the constructivist perspective of Charmaz, aims to develop a substantive theory of the way migrant women experience interaction with nurses during pregnancy to postpartum, to identify elements that characterize the migrant woman interaction and explore the meanings attributed by migrant women to the implemented nursing interventions. Thirty interviews were conducted with pregnant migrants and mothers up to 6 months postpartum (from several countries), from February 2015 to December 2016, in Primary Health Care, after approval of CES ARSLVT, IP. In the analytical process, emerging data codification determined the central category Building Confidence, which is representative of the use of competences and professional skills to help migrant women gain confidence, expose emotions, insecurities and needs, where the available emotional support is evident. It was concluded that the development of a trust relationship emerged as an essential component of nursing care, in a dynamic process of facilitating and conditioning factors during the migrant woman-nurse interaction, associated with the cultural and personality characteristics of both actors in the nursing process care. The results of the study show the perspective of the migrant client on the maternal health care received in the Portuguese context, being able to contribute to the development of a practice based on the evidence, as well as to the development of new knowledge in the Nursing discipline.

Keywords: Migrant women; Pregnancy; Postpartum; Nursing care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
CAPÍTULO 1 - A SAÚDE MATERNA DA MULHER MIGRANTE E A EVIDÊNCIA SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE NA SOCIEDADE RECETORA	20
1.1 MIGRAÇÃO INTERNACIONAL	21
1.2 DINÂMICA SOCIO-DEMOGRÁFICA E DA SAÚDE DA SOCIEDADE PORTUGUESA	24
1.2.1 Caracterização sociodemográficas da população estrangeira residente	26
1.2.2 A saúde da população migrante residente	35
1.2.3 A saúde da mulher migrante na dimensão da saúde materna	40
1.3 QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL	48
1.4 A PERSPECTIVA DA MULHER MIGRANTE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL AO PÓS-PARTO	55
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	63
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	64
2.1 TIPO DE ESTUDO	64
2.2 A GROUNDED THEORY NA PERSPECTIVA CONSTRUTIVISTA DE KATHY CHARMAZ	66
2.2.1 Instrumento de coleta de dados	68
2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	72
2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	80
2.4.1 Considerações éticas	80
2.4.2 O acesso às participantes do estudo	81
2.4.3 Coleta de dados	82
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DO PROCESSO ANALÍTICO	87
3.1 VIVENDO COMO MIGRANTE	92
3.1.1 Decidindo emigrar	93
3.1.2 Experienciando o processo migratório	103
3.1.3 Planeando a gravidez	115
3.2 EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE	124
3.2.1 Gerindo o cotidiano	128
3.2.2 A rede de apoio	142
3.2.3 Manifestando a influência cultural de origem	151
3.2.4 Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa	162
3.3 PROCURANDO COMUNICAR	186
3.4 A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA	200
3.5 ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA	213
3.6 CONSTRUINDO A CONFIANÇA	224
CONCLUSÃO	243
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	250
APÊNDICES	267

A perspectiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros
durante a gravidez ao pós-parto

APÊNDICE A - Guião de entrevista intensiva ajustada à <i>Grounded Theory</i>	268
APÊNDICE B - Modelo de declaração a assinar pelos profissionais de saúde.....	278
APÊNDICE C - Modelo de consentimento informado para participantes no estudo	279
APÊNDICE D – <i>Memo</i> : Qualificando as intervenções de enfermagem durante a vigilância pré-natal	281
APÊNDICE E – <i>Memo</i> : Categoria <i>MATERNIDADE VIVIDA COMO MIGRANTE</i>	282
ANEXOS	286
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.....	287

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nacionalidades numérica e percentualmente mais representativas em Portugal, 2017.....	27
Figura 2 - Taxa bruta de natalidade feminina, por nacionalidade, entre 2011 e 2016.....	31
Figura 3 - Transições: uma teoria de médio alcance	51
Figura 4 - Diagrama da integração analítica das categorias.....	89
Figura 5 - Fluxo processual de interligação entre a categoria VIVENDO COMO MIGRANTE e a categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE	91
Figura 6 - Representação esquemática da categoria VIVENDO COMO MIGRANTE, subcategorias e códigos	93
Figura 6.1 - Subcategoria <i>Decidindo emigrar</i> e códigos agregados	94
Figura 6.2 - Subcategoria <i>Experienciando o processo migratório</i> e códigos agregados	104
Figura 6.3 - Subcategoria <i>Planeando a gravidez</i> e códigos agregados	115
Figura 7 - Representação esquemática da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, subcategorias e códigos	125
Figura 7.1 - Subcategoria <i>Gerindo o quotidiano</i> e códigos agregados	129
Figura 7.2 - Subcategoria <i>A rede de apoio</i> e códigos agregados	142
Figura 7.3 - Subcategoria <i>Manifestando a influência cultural de origem</i> e códigos agregados	152
Figura 7.4 - Subcategoria <i>Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa</i> e códigos agregados	163
Figura 8 - Representação esquemática da categoria PROCURANDO COMUNICAR e códigos agregados	187
Figura 9 - Representação esquemática da categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA e códigos agregados	201
Figura 10 - Representação esquemática da categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA e códigos agregados	214
Figura 11 - Diagrama representativo da categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA , codificação agregada e codificação relacionada	231

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caraterização sociodemográfica das participantes do estudo.....	76
Quadro 2 -	Caraterização da situação de saúde obstétrica e materna das participantes do estudo.....	79

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade
CTG - Cardiotocografia
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
ESMOG - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EUA - Estados Unidos da América
GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento
INE - Instituto Nacional de Estatística
IOM - *International Organization for Migration*
ISF - Índice Sintético de Fecundidade
MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
OE - Ordem dos Enfermeiros
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OIM - Organização Internacional para as Migrações
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PEM - Plano Estratégico para as Migrações
PNVGBR - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
RRMI - Rede de Referenciação Materno-Infantil
RSL - Revisão Sistemática da Literatura
SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
USF - Unidades de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A migração, um fenómeno que acompanha a Homem ao longo dos tempos, nos dias de hoje, com a globalização e avanços tecnológicos os movimentos migratórios têm vindo a crescer de forma dinâmica e exponencial, abrangendo cerca de 258 milhões de pessoas no ano 2018 (International Organization for Migration (IOM, UN Migration), 2018). No Dia Internacional das Migrações (18 de dezembro de 2018), António Vitorino, Diretor Geral da Organização Internacional das Migrações (OIM) perfilha a migração como “a grande questão da nossa era”, pela conjugação de elementos de imprevisibilidade, emergência e complexidade que acompanham a migração internacional, exigindo uma maior cooperação e ação coletiva entre países e regiões (IOM, UN Migration, 2018). Um fenómeno que nas palavras de António Guterres, secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), se edifica como um impulsionador poderoso do crescimento económico ao possibilitar a milhares de pessoas novas oportunidades nas suas vidas e por beneficiar tanto as comunidades de origem como as de destino (ONU News, 2018).

Cientes de que todos os migrantes planeiam, tomam decisões antes de partirem e durante a viagem e perspetivam vidas seguras e mais gratificantes, as condições de vida que os levam a sair do seu país e as consequências das decisões tomadas podem ser mais ou menos propensas a situações de vulnerabilidade na nova etapa das suas vidas (International Organization for Migration (IOM), 2017). De facto, se nos dias de hoje os efeitos benéficos da migração para os migrantes e suas famílias vão além dos impactos económicos, como são exemplo as importantes melhorias em outras dimensões do desenvolvimento humano, como na educação e na saúde, por outro lado, as condições em que estas jornadas ocorrem têm sofrido mudanças importantes. Surgem, assim, novos elementos caracterizadores do fenómeno migração da atualidade, que apelam à responsabilidade das sociedades de acolhimento de migrantes para o desenvolvimento de políticas humanas eficazes e orientadas para a mobilização e necessidades das pessoas, onde se acresce, como fundamental para uma formulação eficiente de novas estratégias políticas, um melhor entendimento sobre as escolhas e jornadas realizadas pelos migrantes (IOM, 2017). No entanto, a crise económica e social que os países sujeitos a significativos fluxos de imigração têm vindo a enfrentar, têm-se refletido na integração dos migrantes, nomeadamente no que diz respeito ao emprego, na adaptação aos novos costumes e culturas da sociedade de acolhimento e no acesso aos cuidados de saúde (International Organization for Migration (IOM), 2003; 2017).

No cenário das migrações internacionais, Portugal situava-se, no ano 2018, no vigésimo primeiro lugar entre os países do espaço europeu (UE28) com estrangeiros residentes, com um universo de 4,1% e Luxemburgo a ocupar o primeiro lugar com 47,8% (Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), 2019). Numa leitura dos dados sobre a importância relativa de estrangeiros residentes, em janeiro de 2017, a média da UE28 era de 7,5% de estrangeiros no total da população residente, enquanto Portugal apresentava um valor inferior à média de 3,6%. Uma posição consequente da crise económica e financeira que se instalou no país nas últimas décadas, levando a saldos migratórios negativos entre 2010 e 2016. A partir de 2017, inverte-se esta tendência e Portugal regressa a um saldo migratório positivo (+4.886 cidadãos), consequente da diminuição no fluxo de saída de emigrantes permanentes e aumento do fluxo de entrada de imigrantes permanentes (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2018; FFMS, 2019).

De acordo com o Relatório Estatístico Anual 2018 do Observatório das Migrações (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b), para além do aumento da população estrangeira residente em Portugal, observam-se um conjunto de indicadores que sustentam positivamente a contribuição dos cidadãos migrantes para o país, nomeadamente ao nível da natalidade, no aumento das suas habilitações, qualificações e empreendedorismo e no balanço financeiro do país. Realçasse, ainda, o impacto positivo das políticas migratórias de integração que Portugal tem vindo a desenvolver, estando assentes numa gestão integrada e equilibrada dos fluxos e mudanças dos perfis migratórios, têm vindo a contribuir para o progresso tecnológico, para a captação de riqueza, para a abertura cultural e para o aumento da qualificação e mobilidade do capital humano (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, 2015, pp. 1654-(3)).

Numa breve referência às recentes tendências sociodemográficas da população estrangeira feminina residente em Portugal, pela sua pertinência para população alvo do estudo, os dados estatísticos apontam para a feminização da imigração no país, observando-se que a distância entre a importância relativa de mulheres e homens estrangeiros tem vindo a aumentar nos últimos anos, por exemplo, em 2011 as mulheres representavam -0,3% que os homens, em 2012 já com uma percentagem superior (+1%) e em 2017 em +2,4% (SEF, 2018; C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b). Nota-se um crescente número de mulheres que migram por decisão própria e de forma autónoma, como para trabalho independente, estudo ou investigação, deixando a migração feminina de estar especialmente associada ao reagrupamento familiar

(SEF, 2018), fenómeno que se tem vindo a observar por todo o mundo desde o final do século passado (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b). Outros dados pertinentes vindos do Quadros de Pessoal 2016 (Gabinete de Estratégia e Planeamento (GES) & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), 2019), mostram que as mulheres estrangeiras residentes em Portugal tendem a níveis de habilitações ligeiramente superiores aos homens estrangeiros, contudo, em comparação com as mulheres de nacionalidade portuguesa, apresentam percentagens mais baixas. No mercado do trabalho, tendem a estar mais concentradas nos grupos profissionais da base e não de acordo com as suas habilitações. Destaca-se, ainda, a tendente discrepância nas remunerações base médias dos estrangeiros em comparação aos nacionais, sendo as trabalhadoras do sexo feminino as que mais contribuem para esta discrepância salarial, registando-se, no ano 2016, que estas recebiam -12,9% que as trabalhadoras portuguesas (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b).

No que diz respeito à estrutura etária, as mulheres estrangeiras tendem a ser ligeiramente mais jovens que os homens estrangeiros, representando no ano 2016, 62% nas idades entre os 20 e os 49 anos (jovens e ativas) e os homens em 59%. E, quando comparadas com as mulheres de nacionalidade portuguesa tendem a ser mais jovens, registando as primeiras 37%, no mesmo ano e grupo etário e as segundas 24% (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b, pp. 70-71).

Articulando o atrás referido com a natalidade, uma dimensão da demografia portuguesa de grande fragilidade, pode-se considerar que um fluxo de migração feminina concentrada em idades jovens e ativas sugere a vivência da idade reprodutiva no país de acolhimento, tornando-se um contributo para a natalidade. Com efeito, ao longo dos anos, em maior ou menor percentagem, as mulheres estrangeiras residentes em Portugal têm contribuído para a demografia portuguesa. Em 2017, foram responsáveis por 9,7% do total de nascimentos de mães residentes em Portugal, uma percentagem significativa face a uma população estrangeira que representava 4,1% do total da população residente no país (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b).

Passando agora para uma das principais dimensões da vida humana - a saúde, geradora de bem-estar individual, de famílias e populações é, também, “um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais” (Ministério da Saúde, 2018, p. 5). Portugal presencia, nos dias de hoje, uma importante mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, que se traduz em grandes desafios para a sociedade e para o Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2018). Os crescentes e rápidos fluxos migratórios na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) são reconhecidos como um desafio da saúde pública e requerem uma resposta

urgente e concertada para assegurar o melhor estado de saúde e de bem-estar tanto das populações migrantes como das hospedeiras (Keygnaert, Ivanova, Guieu, Van Parys, Leye, & Roelens, 2016). Por sua vez, os migrantes são vistos como um dos grupos mais vulneráveis e de risco na saúde, onde o acesso e a utilização de serviços de saúde são um recurso indispensável para a promoção e manutenção da saúde de cada cidadão em particular (A. Fernandes & Miguel, 2009), e pelo impacto que os problemas de saúde têm em quase todas as áreas da vida humana. No entanto, a diversidade dos grupos migrantes conduz a diferentes desafios na saúde, onde as condições durante a migração, as precárias situações socioeconómicas, o estatuto de imigrante, as diferenças linguísticas e culturais e as barreiras institucionais e estruturais formais e informais enformam um conjunto de fatores que podem criar ou aumentar a vulnerabilidade a problemas de saúde (Keygnaert et al., 2016).

Assim, mesmo reconhecendo-se algumas semelhanças e pontos comuns, entre os países do espaço europeu, nas características e impactos da migração internacional na população hospedeira (IOM, 2017), considera-se de fundamental importância o melhor conhecimento das relações entre migrações e saúde, argumentando-se: (1) pela complexidade que comportam os determinantes em saúde na população migrante, muitas das vezes presentes de forma desfavorável, condicionados pelo estado de saúde em que as pessoas viviam no país de origem e condições da jornada de migração, como pelas condições de vida e integração na sociedade que os acolhe (IOM, 2017); (2) na caracterização do acesso e utilização dos serviços de saúde, tanto na perspectiva dos sistemas de saúde dos países de acolhimento de imigrantes face às diferenças de natureza legal, institucional e administrativa e utilização de boas práticas (J. C. Lopes, 2009; Lourenço et al., 2011; IOM, 2017), como na perspectiva dos próprios migrantes (Santiago & M.H. Figueiredo, 2013; Reis, 2015; Keygnaert et al., 2016); (3) e na valorização do conhecimento das necessidades de saúde individuais e dos diferentes grupos populacionais, pelos profissionais de saúde, nomeadamente nos cuidados de enfermagem, um conhecimento adquirido por uma informação contextualizada da situação dos migrantes, nas suas diferentes dimensões, e muito em particular, onde predomine a sensibilidade e competências culturais na prestação de cuidados (Abreu, 2008; Santiago & M. H. Figueiredo, 2013; Coutinho, 2014, Reis, 2015; Keygnaert et al., 2016), pelo impacto que os problemas de saúde têm em quase todas as áreas da vida humana.

No âmbito da saúde materna e neonatal, face à riqueza de evidência científica encontrada, ainda carece de conhecimento centrado em migrantes. O relatório de síntese da *Health Evidence Network 45* (Keygnaert et al., 2016), identificou as principais questões e

oportunidades de boas práticas visando a implementação de políticas específicas para melhorar a saúde das grávidas e dos recém-nascidos em refugiados e migrantes na Região Europeia da OMS, relatório que serviu de base para a elaboração das orientações técnicas emanadas pela *World Health Organization Regional (WHO) Office for Europe* em 2018 - *Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children* (WHO Regional Office for Europe, 2018).

A literatura aponta para piores resultados pré e pós-natais, como são exemplo a maior incidência de abortos induzidos, cesarianas, partos instrumentais e complicações. Contudo, achados de estudos mais recentes revelaram que os fatores de risco identificados provêm, também, da fase pré-concepcional e não apenas da gestacional e parto, assim como os resultados de saúde diferem entre os grupos migrantes, geração e país anfitrião (Keygnaert et al., 2016). Referem os mesmos autores, que o direito aos cuidados de saúde materna varia entre os países da Região Europeia da OMS e com o estatuto do migrante e, muitas das vezes, nem as mulheres migrantes nem os profissionais de saúde que lhes prestam assistência estão a par do enquadramento legal vigente no seu país; observa-se que fatores culturais e incertezas sobre a regularização do migrante atrasam o encaminhamento e o início da vigilância de saúde pré-natal, bem como o acesso aos cuidados de saúde materna são frequentemente comprometidos por questões económicas, compreensão, aceitabilidade e disponibilidade, repercutindo-se em atendimentos de emergência mais caros e em piores resultados de saúde na gravidez, parto e neonatais (Keygnaert et al., 2016).

Com efeito, e numa visão mais focalizada dos crescentes e rápidos fluxos migratórios na Região Europeia da OMS, novos desafios se colocam na prestação de cuidados de saúde materna a migrantes recém-chegadas, a migrantes em trânsito e para aquelas que desejam permanecer por mais tempo, independentemente do estatuto legal em que se encontrem (WHO Regional Office for Europe, 2018). E, ainda que não existam definições universais de indicadores para a qualidade dos cuidados de saúde materna, a evidência científica enfatiza a necessidade de cuidados maternos culturalmente sensíveis (Keygnaert et al., 2016).

As questões relacionadas com a saúde da mulher migrante a experienciar o processo de gravidez ao pós-parto em Portugal, têm vindo a ser exploradas e desenvolvidas ao longo do nosso percurso profissional, enquanto investigadoras e formadoras de estudantes do Curso de Enfermagem e na formação pós-graduada de enfermeiros das suas áreas de especialização em enfermagem, funcionado como estímulo para a investigação agora desenvolvida ao representar a população alvo do estudo. No percurso profissional, nomeadamente na orientação e

supervisão do ensino clínico de estudantes do 1º e 2º ciclos em contextos de cuidados de saúde e no âmbito da vigilância da saúde das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo, cada vez mais se foi notando a presença de mulheres migrantes de diversas origens culturais, ao encontro do referenciado em outras pesquisas nacionais (Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & A. Dias., 2007; N. Ramos, 2012; Almeida, Casanova, Caldas, Ayres-de-Campos, & S. Dias, 2014a; Coutinho, 2014; Reis, 2015).

Para a Enfermagem, em contexto português, a diversidade cultural dos clientes que utilizam e necessitam de cuidados de saúde tem merecido uma especial atenção, pelo reconhecimento da dimensão cultural como parte integrante e influenciadora dos comportamentos da pessoa enfermeiro ou pessoa cliente dos cuidados de enfermagem, ambas detentoras de um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual e coletiva (Nunes, 2009; Regulamento n.º 190/2015, 2015)

Do ponto de vista da enfermagem na maternidade, a literatura reconhece que as adaptações às mudanças corporais, emocionais, sociais e psicológicas experienciadas pela mulher ao longo do processo de gravidez irão possibilitar a construção de uma identidade materna própria, que se consolida numa maternidade adaptativa pelas iniciativas, atuações e responsabilizações da mulher nos cuidados maternos que realiza (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné, R. Marques, & Batista (Coord.), 2016). Assim como se compreende, que o tempo, a cultura e o modo como a sociedade onde cada mulher se encontra inserida percebem a maternidade no seu todo, influenciam e orientam o seu comportamento, tornando a maternidade em si, num objeto de práticas culturais, económicas e sociais diversas e que se expressam consoante os contextos culturais (Fidalgo, 2003; Parreira, Coutinho, & Néné, 2016).

Sabendo que o Estado português, confere como direito de todos os cidadãos em Portugal a proteção em saúde e o dever de a proteger e que o próprio “Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Diário da República, 1990, p. 3452), ressalva-se aqui, a qualidade da vigilância da saúde das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo e o acesso universal e gratuito destes cuidados de saúde no Sistema Nacional de Saúde, como fatores fundamentais para as reduzidas taxas de morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil, colocando Portugal entre os melhores indicadores na saúde materno-infantil a nível mundial (Ministério da Saúde, 2018). Ressalva-se o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015a), um instrumento orientador essencial para os profissionais de saúde na identificação precoce de problemas e no potenciar da saúde materna

e fetal que, conjuntamente com a implementação de medidas de saúde pública e com o alargamento do enquadramento legal para a proteção na parentalidade, têm contribuído, também, para os níveis atuais dos indicadores na saúde materno-infantil nacionais (p. 10).

Tendo em vista a evolução positiva destes resultados e os ganhos em saúde durante a gravidez no ciclo de vida da mulher e família, corroborasse com as orientações emanadas no PNVGBR (DGS, 2015a), ao reforçar uma continuidade dos cuidados saúde centrados na pessoa, orientados pela visão holística da Saúde Sexual e Reprodutiva, visto que o “ganho obtido numa das suas componentes tende a potenciar ganhos nas restantes vertentes” e perspetivando novos desafios, particularmente, os relacionados com cidadãos estrangeiros com diferentes representações e práticas culturais na área da saúde sexual e reprodutiva (p. 11 e 14).

De facto, a coexistência de um processo migratório que envolve mudanças, adaptações e reajustamentos (N. Ramos, 2012) com outros dois processos dinâmicos, de construção, desenvolvimento e de continuidade, que são a gravidez e maternidade (Canavarro, 2001), tornaram-se objeto de interesse para as investigadoras, quando estes processos surgem, em simultâneo, durante a interação do enfermeiro com a mulher migrante, nas consultas de vigilância pré-natal ao pós-parto, constituindo-se assim a temática do estudo desenvolvido.

Assumindo-se a natureza dinâmica das configurações de migração, refere Meleis (2010a), que muito precisa ainda de ser feito para fornecer aos imigrantes um atendimento de qualidade culturalmente competente e competente para a experiência de transição. Reforça a autora, a necessidade de uma melhor compreensão das relações entre as experiências de transição e os elementos culturais subjacentes à dimensão da saúde, nomeadamente no que diz respeito à visão cultural da maternidade, comportamentos de saúde e práticas cuidativas adotadas.

Subentende-se assim, a importância de se continuar a investir no conhecimento no pontos de vista dos migrantes (Keygnaert et al., 2016), concordando-se com Basto (2008), quando instiga ao desenvolvimento do conhecimento sobre como as pessoas “vivem a sua vida quotidiana no âmbito do seu projeto de saúde” (p. 64), uma necessidade e uma mais-valia para uma prática baseada na evidência e uma exigência para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

Procurando contribuir para a compreensão da problemática em questão, desenvolveu-se um estudo qualitativo, recorrendo como abordagem metodológica à *Grounded Theory*, colocando-se a seguinte pergunta de investigação: Qual a perspectiva da mulher migrante sobre a interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto?

Tiveram-se como objetivos: desenvolver uma teoria compreensiva do modo como a mulher migrante vivencia a interação com o enfermeiro durante a vigilância da gravidez ao pós-parto; identificar elementos caracterizadores da interação mulher migrante-enfermeiro; e, explorar os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas, durante a vigilância pré-natal ao pós-parto. Assumiu-se como finalidade: contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem mais ajustada à mulher migrante a vivenciar a experiência da gravidez e/ou maternidade em Portugal.

O presente relatório expõe um conjunto de informação que traduz as principais etapas do percurso de investigação desenvolvido, encontrando-se organizado em três capítulos:

- O primeiro capítulo apresenta o processo de construção do objeto do estudo, abordando-se nos primeiros dois subcapítulos a migração e sua influência na dinâmica sociodemográfica e da saúde da população portuguesa, com o foco na saúde materna da mulher migrante em contexto migratório. O terceiro subcapítulo reporta-se ao referencial teórico orientador e integrador do estudo e no quarto apresenta-se uma síntese da Revisão Sistemática da Literatura realizada consequente da necessidade de conhecimento do estado de arte sobre o fenómeno a investigar;
- O segundo capítulo é reservado à investigação empírica, explicitando-se os procedimentos metodológicos desenvolvidos, que inclui o tipo de estudo, o método, as participantes do estudo, aspetos éticos e o rigor científico ao longo das etapas do processo de investigação;
- O terceiro capítulo é dedicado à exposição dos resultados do processo analítico desenvolvido no estudo. Um processo de construção a partir da análise dos dados que foi alcançando plenitude nas suas diferentes etapas de teorização, culminando numa teoria substantiva onde se propõe um esquema interpretativo da construção da “Perspetiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto”.

O relatório termina com uma conclusão, onde se colocam as principais conclusões ancoradas aos objetivos do estudo, sugerem-se implicações para prática, disciplina e investigação e colocam-se sugestões para futuras investigações.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - A SAÚDE MATERNA DA MULHER MIGRANTE E A EVIDÊNCIA SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE NA SOCIEDADE RECETORA

Os primeiros dois subcapítulos focam a migração¹, mais concretamente, a migração internacional² e sua influência na dinâmica sociodemográfica e da saúde da população portuguesa, numa visão global das tendências mais recentes do século XXI.

A saúde dos migrantes em Portugal é uma dimensão reconhecida como essencial no processo de integração dos migrantes, sofrendo a influência dos determinantes presentes em cada uma das fases do processo de migratório, dos recursos psicológicos e sociais de cada indivíduo, do tipo de migração que este realiza e, ainda, das características e condições de acolhimento da sociedade recetora. Com o foco na saúde materna da mulher migrante, as particularidades da cultura de origem tendem a exercer especial influência nesta área da vida das mulheres, refletindo-se nas atitudes e comportamentos de saúde das mulheres migrantes em contexto migratório.

No terceiro subcapítulo aborda-se um quadro de referência concetual que, por um lado, procura particularizar a dimensão cultural como parte integrante e influenciadora dos comportamentos de cada pessoa, sendo estas, a pessoa enfermeiro e a pessoa mulher migrante grávida/mãe cliente dos cuidados de enfermagem, visto que ambas são detentoras de um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual e coletiva. E, por outro lado, dá relevo aos cuidados de enfermagem centrados no bem-estar, na autonomia e na tomada de decisão informada e responsável por parte da mulher migrante grávida/mãe, tanto nos cuidados que realiza a si própria, como na aquisição de competências maternas para cuidar do seu filho, ao longo do seu processo de transição para a maternidade.

No último subcapítulo, apresenta-se uma síntese da revisão sistemática da literatura (RSL) realizada pelas investigadoras, onde se expõe a evidência científica que proporcionou uma compreensão mais ampla do fenómeno a investigar.

¹ De acordo com o Glossário sobre Migração, *Migração* é um “Processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado. É um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas; inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes económicos.” (International Organization for Migration (IOM), 2009, p. 40).

² O termo *Migração Internacional* refere-se aos “Movimentos de pessoas que deixam os seus países de origem ou de residência habitual para se fixarem, permanente ou temporariamente, noutro país. Consequentemente, implica a transposição de fronteiras internacionais.” (IOM, 2009, p. 42).

1.1 MIGRAÇÃO INTERNACIONAL

Numa era de aprofundamento da globalização, os movimentos das populações, na sua intensidade e direção dos fluxos migratórios³, têm tornado o mundo cada vez mais interligado e interdependente. No que se reporta à migração internacional, um fenómeno complexo que abrange uma pluralidade de dimensões que afetam a vida das pessoas, tem originado desafios políticos, sociais, económicos e na saúde pública das sociedades (IOM, 2017). Como forma de destaque deste fenómeno, a 18 de dezembro de 2017, Dia Internacional das Migrações, a OMS/Europa reconheceu o papel importante dos migrantes⁴ e os grandes benefícios económicos e sociais resultantes da migração na Europa (WHO, 2017). No ano seguinte, face progressivo aumento dos movimentos migratórios, a “Migração com Dignidade” surgiu como tema para a comemoração deste dia, realçando-se a dignidade como um dos requisitos fundamentais que cada cidadão deve ter em conta antes de qualquer outra coisa que lhe surja sobre a migração ou mobilidade e, tornou-se mais um momento em que o secretário-geral da ONU acentua a importância do “Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular”⁵, recorda os benefícios em regular migração internacional e pede maior cooperação e ação entre países e regiões, face à crescente preocupação com a segurança e os direitos dos migrantes (ONU News, 2018),

Numa visão global sobre a migração internacional, ao longo dos anos tem-se verificado um aumento significativo desta população. Segundo o Relatório sobre Migração Mundial 2018, (IOM, 2017), no ano 2015, estimativas apontavam para 244 milhões de migrantes internacionais ao nível mundial (3,3% da população mundial), ou seja, numa população global de 7,3 bilhões, 1 em cada 30 pessoas, em que 52% eram do sexo masculino e 48% do feminino.

Ao se comparar com o início do século XXI, no ano 2000, a população migrante internacional era representada por 173 milhões (2,8% da população mundial), contudo, apesar

³ Define-se *Fluxo migratório* como a “Contagem do número de migrantes que se deslocam ou têm autorização para se deslocar para (ou de) um país a fim de ter acesso a um emprego ou fixar-se durante um determinado período de tempo” (IOM, 2009, p. 29).

⁴ Na falta de uma definição unânime no plano internacional, o termo *Migrante* reporta-se a “todos os casos em que a decisão de migrar é livremente tomada pelo indivíduo em questão, por razões de “conveniência pessoal” e sem a intervenção de factores externos que o forcem a tal (...) aplica-se, às pessoas e membros da família que se deslocam para outro país ou região a fim de melhorar as suas condições materiais, sociais e possibilidades e as das suas famílias.” (IOM, 2009, p. 43).

⁵ Acordo não vinculativo, adotado pelos Estados-membros da ONU, que pretende administrar melhor a migração nos níveis local, nacional, regional e global, e que prevê reduzir os riscos e as vulnerabilidades que os migrantes enfrentam em diferentes fases do seu percurso. Acedido em <https://undocs.org/en/A/CONF.231/3>

deste aumento significativo de pessoas a viverem num país que não é o de nascimento, parece que a sua proporção relativamente à população mundial se tem vindo a manter estável (IOM, 2017). De facto, o mesmo relatório revela que apesar da migração interna⁶ ainda ser prevalente, cada vez mais pessoas migram para outros países, por razões relacionadas com trabalho, família ou estudos, sendo a procura de trabalho a principal razão apontada. Como resultado, verificou-se no ano 2015, que os trabalhadores migrantes constituíam a grande maioria dos migrantes internacionais do mundo, em que cerca de 72% eram de idade ativa (20 a 64 anos de idade), grande parte a viver em países em que os salários/ordenados são mais elevados e muitos deles envolvidos no setor de serviços. Verificou-se, ainda, uma ligeira diminuição nos migrantes com menos de 20 anos entre 2000 e 2015 (17% e 15% respetivamente) e uma participação constante (cerca de 12%) de migrantes internacionais com 65 anos ou mais, desde o ano 2000 (IOM, 2017).

Em circunstâncias positivas ou favoráveis, estudos têm evidenciado que a migração tem contribuído para a melhoria da vida dos migrantes e de suas famílias, quer diretamente, se estiverem com o migrante no país de acolhimento, quer indiretamente, através de remessas enviadas para os países de origem (World Bank, 2016 citado em IOM, 2017).

O aumento dos ganhos dos migrantes, tem proporcionado oportunidades a milhões de pessoas em todo o mundo que vão para além do impacto económico, verificando-se melhorias consideráveis em outras dimensões do desenvolvimento humano, como na educação, na saúde e na segurança. De acordo com um relatório recente do Banco Mundial (2016), citado pelo (IOM, 2017), "migrantes de países mais pobres, em média, experimentaram um aumento de 15 vezes nos rendimentos, uma duplicação das taxas de matrícula escolar e uma redução de 16 vezes na mortalidade infantil, depois de se mudar para um país desenvolvido " (p. 3).

Por outro lado, a literatura também tem sido consistente na evidência de que a migração pode gerar benefícios económicos e de outra natureza para os países de destino, conforme se revela no relatório supracitado. Em termos gerais, a imigração pode ter um efeito positivo no mercado de trabalho, aumentando a oferta de mão-de-obra em setores e ocupações que sofrem de escassez de trabalhadores, além de ajudar a resolver desajustes no mercado de trabalho. Assim como, a imigração de jovens trabalhadores sugere contribuir no aliviar as pressões sobre os sistemas de pensões dos países de alta renda com rapidez de envelhecimento da população.

⁶ *Migração interna* define a "Circulação de pessoas de uma região do país para outra, com a finalidade ou o efeito de fixar nova residência. Este tipo de migração pode ser temporária ou permanente. O migrante interno desloca-se, mas permanece dentro do seu país de origem." (IOM, 2009, pp. 41-42).

No entanto, nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento na migração e deslocamento⁷ devido a conflitos, perseguições, degradação e mudança ambiental, e a uma profunda falta de segurança e oportunidades humanas, estimando-se, em 2016, um número de refugiados⁸ de cerca de 22,5 milhões (IOM, 2017).

Estes grandes movimentos de população mais recentes, inclusive na Europa, deram origem a pressões ao nível dos sistemas de saúde e de segurança das sociedades, sendo cada vez mais evidente a necessidade de adequação dos sistemas de saúde das sociedades recetoras às necessidades dos migrantes e dos refugiados em situações vulneráveis. Neste sentido, uma abordagem multisectorial para garantir a saúde e o bem-estar tem sido reconhecida como essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, nomeadamente nos relacionados com a pobreza e saúde de qualidade (IOM, 2017).

Ao nível da Europa comunitária, no ano 2015, quase um terço dos migrantes internacionais do mundo (75 milhões) morava neste continente, registando-se como a segunda maior migração intrarregional (migração europeia para a Europa), logo a seguir à da América Latina e do Caribe para a América do Norte. A migração intrarregional tornou-se particularmente dinâmica na Europa, devido a mecanismos de livre circulação implementados, como é exemplo o espaço Schengen. Contudo, nos últimos tempos, a livre circulação na Europa tem gerado desafios, levando vários Estados-Membros Schengen, a partir do segundo semestre de 2015, a reintroduzir, temporariamente, o controle de fronteiras (IOM, 2017, p. 72).

Dando visibilidade às assimetrias demográficas presentes ao nível mundial, os movimentos migratórios parecem contribuir para corrigir ou atenuar estas diferenças. Os países mais desenvolvidos, mais especificamente os do continente europeu, ao serem alvo de escolha dos migrantes e concentrarem o maior stock de migrantes, são os que se encontram em processo de decréscimo populacional, com baixos níveis de mortalidade e de fecundidade e tendência de envelhecimento demográfico.

Assim, ao nível dos 28 países da União Europeia (UE28), constatou-se uma dinâmica natural progressivamente debilitada ao longo das primeiras décadas do século XXI, representada por: níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações (no ano

⁷ *Pessoa deslocada* a que “abandona o seu Estado ou a sua comunidade por ter medo ou por correr perigos diferentes daqueles que lhe confeririam o estatuto de refugiado (...) com frequência, forçada a fugir devido a conflitos internos ou a desastres ambientais, naturais ou provocados pelo Homem.” (IOM, 2009, p. 54).

⁸ Considera-se *Refugiado* a pessoa que “receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a protecção daquele país.” (IOM, 2009, p. 62).

2001 um ISF⁹ de 1,46 e em 2016 de 1,60)¹⁰; com uma esperança de vida à nascença¹¹ elevada (num total de 77,7 anos em 2002 e de 81,0 anos em 2016)¹²; e com um gradual envelhecimento dos grupos etários, salientando-se o Índice de Sustentabilidade Potencial, em que o número de indivíduos em idade ativa por idoso (ou seja, entre os 15 e os 64 anos por idoso) correspondia no ano 2001 a 4,2 e em 2016 a 3,4¹³. Com efeito, torna-se plausível reconhecer que as migrações internacionais, em especial os saldos migratórios positivos, apresentam uma importância estatística no crescimento demográfico da população da Europa comunitária (IOM, 2017).

1.2 DINÂMICA SOCIO-DEMOGRÁFICA E DA SAÚDE DA SOCIEDADE PORTUGUESA

Portugal, com as progressivas e significativas modificações sociodemográficas que marcaram as décadas mais recentes, com alguma rapidez, se foi aproximando das características sociodemográficas dos Estados-membros. Por um lado, apresentando semelhanças no panorama demográfico, e por outro, ao passar a ser reconhecido como um país de migração (Rosa, Seabra, & H. Santos, 2005), tornando-se, desde a década de 90 do século passado, num país muito procurado por imigrantes para viverem e trabalharem. Entre os anos 2000 e 2010, com fluxos migratórios de entrada muito expressivos, resultando num aumento significativo da população estrangeira residente no país (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, pp. 1654-(3)) e, muito em particular, com a entrada de novos grupos de nacionalidades.

De facto, a diversidade cultural da sociedade portuguesa tornou-se um fenómeno que caracterizou a primeira década do século XXI, especialmente com os fluxos migratórios intensos de populações da Europa do Leste e da antiga URSS que levaram a mudanças

⁹ *Índice Sintético de Fecundidade (ISF)* - Número médio de crianças que terão nascido vivas por mulher em idade fértil sujeita às taxas de fecundidade por idades observadas num momento (ano) de referência (15-49 anos). O índice sintético de fecundidade é usado para indicar a fecundidade ao nível da substituição de gerações; em países mais desenvolvidos, o valor de 2,1 é considerado como sendo o nível de substituição de gerações. Disponível em <https://www.pordata.pt/Glossario>

¹⁰ FFMS (2018). EUROSTAT a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast. Lisboa: PORDATA. Disponível em março, 14, 2018
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

¹¹ *Esperança de vida à nascença* - Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência. Disponível em <https://www.pordata.pt/Glossario>

¹² FFMS (2018). EUROSTAT a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast. Lisboa: PORDATA. Disponível em março, 15, 2018
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

¹³ FFMS (2018). *Número de indivíduos em idade ativa por idoso*. Lisboa: PORDATA (Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast). Disponível em março, 15, 2018
<https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

sociodemográficas importantes, desafiando novas problemáticas político-económicas, culturais, educativas e ambientais, bem como, implicações e riscos de saúde acrescidos para as populações migrantes (Baganha, Góis, & J. C. Marques, 2004; V. Santos, 2004). Algumas das razões apontadas como justificativas deste fenómeno migratório foram o processo de globalização, o crescimento da população mundial, a queda do bloco soviético, as políticas de imigração portuguesas praticadas até aos anos 90 e a abertura das fronteiras europeias após 1995, com o Acordo de Schengen (V. Santos, 2004; Fonseca, S. Silva, Esteves, & McGarrile, 2009).

Numa visão retrospectiva do fenómeno migratório português, até ao início do século a população estrangeira residente em Portugal, na sua maioria, era oriunda de países lusófonos (77%) e os restantes 23%, oriunda de uma diversidade de origens sem relevância numérica (Baganha et al., 2004; Sousa, 2008; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2010). Contudo, o fenómeno migratório do país, ao longo do século XXI tem sofrido diversas transformações que vão desde a alteração do seu perfil migratório, observado na primeira década, a um progressivo decréscimo da população estrangeira residente no país, em consequência da recessão económica que se instalou a nível nacional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, pp. 1654-(3)). De facto, se entre os anos 2000 e 2010, o saldo migratório se manteve em valores positivos, apesar de tendencialmente decrescentes, cerca do ano 2011 inverte-se este sentido e Portugal passa a conjugar saldos naturais¹⁴ e migratórios negativos e um aumento gradual da emigração de portugueses para o estrangeiro (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, 2015, pp. 1654-(3)). Esta dinâmica populacional, tem provocado uma efetiva diminuição da população residente em Portugal, verificada desde 2010 e que se atenuou ligeiramente no ano 2017, estimando-se em 31 de dezembro, uma taxa de crescimento efetivo¹⁵ de -0,18%, decorrente de uma taxa de crescimento natural¹⁶ de -0,23% e de uma taxa de crescimento migratório¹⁷ de 0,05% (Instituto Nacional de Estatística (INE), I.P., 2018a, p. 11). O saldo migratório positivo registado, resultou da conjugação da diminuição da

¹⁴ *Saldo natural* – “Diferença entre o número de nados-vivos e o número de óbitos, num dado período de tempo”. (INE, IP, 2018a, p. 170).

¹⁵ *Taxa de crescimento efetivo* – “Variação populacional observada durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 (102) ou 1000 (103) habitantes)” (INE, IP, 2018a, p. 170).

¹⁶ *Taxa de crescimento natural* – “Saldo natural observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 (102) ou 1000 (103) habitantes)” (INE, IP, 2018a, p. 170).

¹⁷ *Taxa de crescimento migratório* – “Saldo migratório observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 (102) ou 1000 (103) habitantes)” (INE, IP, 2018a, p. 170).

emigração permanente e do aumento da imigração permanente, face ao ano 2016, contudo, o número de emigrantes temporários continua a ser superior ao de emigrantes permanentes (Instituto Nacional de Estatística (INE), I. P., 2018b, p. 13).

No que diz respeito à população estrangeira residente¹⁸ em Portugal, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2017, p. 9), “assistimos à inversão da tendência de decréscimo da população estrangeira residente, que se verificava desde 2010”. Com efeito, segundo os dados do INE¹⁹, citados por C. R. Oliveira e Gomes (2017, p. 36), se 2012 correspondeu ao ano em que o país atingiu o valor mais negativo no saldo migratório (-37.352), em 2016 registou-se o valor mais baixo entre os últimos saldos migratórios negativos (-8.348), podendo ser um indicador sugestivo de um reaver da atratividade de Portugal como destino de imigração. O ano 2017, fortalece esta tendência com um aumento de 6,0%, face a 2016, de cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência e aumento na concessão de novos títulos de residência, recuperando-se o saldo migratório positivo (4 886), perdido desde 2010 (SEF, 2018). No entanto, mesmo com o aumento da população estrangeira dos últimos dois anos (2016 e 2017), esta permanece inferior à registada em 2009 (SEF, 2018; FFMS, 2019).

1.2.1 Caracterização sociodemográficas da população estrangeira residente

A distribuição geográfica dos estrangeiros no país não tem acontecido de forma equilibrada, sendo predominante em locais onde surgem mais oportunidades de trabalho e onde se consolidam as redes sociais de interajuda (isto é, nas zonas de residência das primeiras vagas de imigrantes), à semelhança do que ocorre noutros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OCDE, 2016). Constata-se uma distribuição geográfica com maior incidência na zona litoral, em 2017, cerca de 68% se encontrava nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal (SEF, 2018).

No concerne ao conjunto das dez nacionalidades numericamente mais representativas no país, como se observa desde 2002, os três primeiros lugares têm sido alcançados pelas mesmas nacionalidades (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017, 2018b). Como se ilustra no Figura 1, no ano 2017 a nacionalidade brasileira, com crescimento positivo é representada em

¹⁸ O SEF considera para efeitos estatísticos, “estrangeiro residente” o estrangeiro com título de residência emitido nos termos da Lei da Imigração, do Regime de Livre Circulação de Nacionais de Estados Membros da União Europeia e seus familiares e da Lei de Asilo. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2016.pdf>

¹⁹ INE, I.P. (2016). *Anuários Estatísticos Regionais - Informação estatística à escala regional e municipal – 2016*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em dezembro, 17, 2017 <https://www.ine.pt>

20,3%, seguida da cabo-verdiana (8,3%) e da ucraniana (7,7%), que em situação oposta à primeira, são comunidades estrangeiras residentes que tendem a decrescer. A comunidade italiana, no mesmo ano, substitui a espanhola, registando “um aumento superior a 50% face a 2016” (SEF, 2018, p. 12).

O crescimento positivo da população chinesa e de países da União Europeia (Reino Unido, França, Espanha e em 2017 a Itália), fizeram com que a população chinesa ocupasse o quinto lugar a partir do ano 2014, posto assumido por Angola que foi novamente ultrapassada pelo Reino Unido no ano 2016. O crescimento de estrangeiros de nacionalidade francesa observadas no ano 2016, provocou a saída da população de São Tomé e Príncipe, anteriormente entre as dez mais relevantes (SEF, 2017). Com menor expressão estatística, surgem outras nacionalidades, representando 31,3% da população estrangeira residente no país (SEF, 2018).

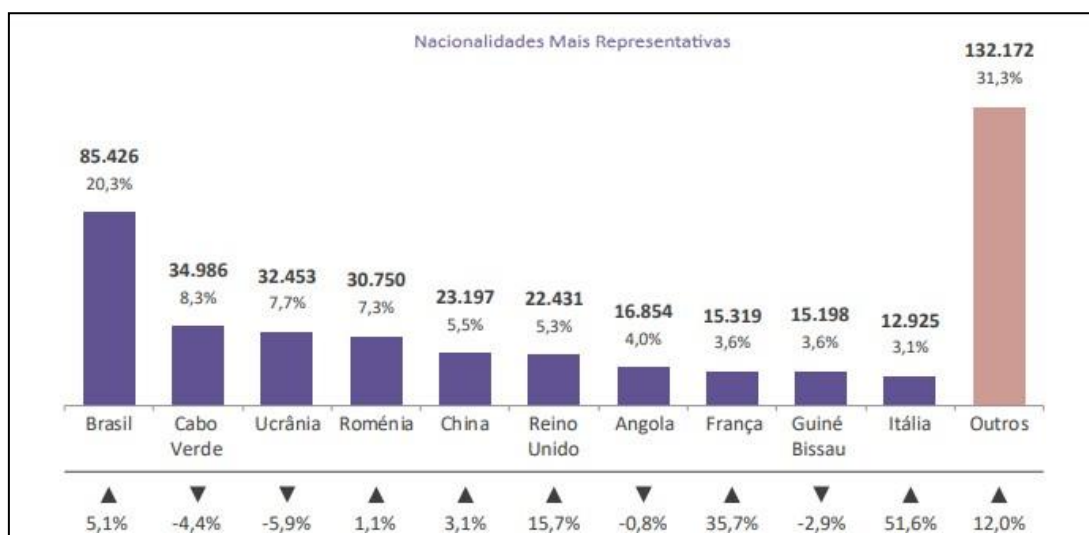


Figura 1. Nacionalidades numérica e percentualmente mais representativas em Portugal, 2017

Fonte: De “População estrangeira em Portugal” de SEF, 2018, Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2017, p.13

Como principais motivos para o crescimento registado apontam-se a atratividade pela perceção de Portugal como país seguro e as vantagens fiscais resultantes do regime para o residente não habitual (SEF, 2017, p. 10; SEF, 2018, p. 12).

Em contrapartida, para o decréscimo das nacionalidades com língua oficial portuguesa contribuiu a aquisição da nacionalidade portuguesa por estes cidadãos (deixando de aparecer na estatística dos residentes estrangeiros), o retorno aos seus países de origem e a saída para outros destinos migratórios, estes últimos, como consequência da crise económica que se refletiu nas condições do mercado de trabalho português (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes,

2018b). Com efeito, nos anos 2016 e 2017, o continente que registou maior descida foi o africano em -5,7% e -2,8% respetivamente (SEF, 2017, p. 11; SEF, 2018, p. 13).

A aquisição da nacionalidade portuguesa também contribuiu para a diminuição e alteração da estrutura das principais nacionalidades residentes no país, como é o caso da nacionalidade brasileira, verificando-se no período entre 2010-2016 um decréscimo de -31,9% de cidadãos desta nacionalidade a residir em Portugal (SEF, 2017, p. 10). Complementasse o atrás descrito, com dados INE (2018), ao revelarem que entre os anos 2012 e 2017, a maioria das aquisições foi de estrangeiros residentes no país, constando como principal motivo a naturalização (69,7%), seguindo-se os por efeito da vontade, como o caso dos estrangeiros casados ou em união de facto há mais de três anos com nacional português (18,3%) e “em caso de filho menor ou incapaz, cujo pai ou mãe tenha adquirido a nacionalidade portuguesa (11,6%)” (p. 147). Com foco no género feminino, salientasse que, em 2017, as mulheres predominaram na aquisição da nacionalidade portuguesa, “55,3% no total das aquisições; 55,8% na condição de residentes em Portugal e 53,9% na de residentes no estrangeiro”²⁰ (INE, 2018, p. 152)

Olhando para a composição da população estrangeira residente por grupos etários, esta tende a ser mais jovem que a população portuguesa, concentrando-se nos grupos etários mais jovens, em idades férteis e em idades ativas. Por exemplo, no ano 2017, quando comparada com a população de nacionalidade portuguesa, nas idades ativas entre os 20-49 anos, a população estrangeira alcançava 60,5% e a portuguesa 38%. Num sentido oposto, representava 8,6%, no grupo etário 65 ou mais anos, enquanto que a de nacionalidade portuguesa atingia 21,6% (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b). Revelam as autoras, que entre as nacionalidades estrangeiras que registam maior concentração nas idades ativas entre os 20-49 anos, surgem a romena (72,2%), a brasileira (70,1%), a angolana (66,6%), a guineense (63,8%) e a chinesa (60,1%).

Detalhando a estrutura da população estrangeira por sexo, tendencialmente foi adquirindo uma configuração próxima da paridade. Contudo, a partir de 2012 observou-se uma tendência de feminização dos fluxos imigratórios para Portugal, registando-se no ano 2017, uma diferença em cerca de 2,4% entre o sexo feminino (51,2%) e o masculino (48,8%) (SEF, 2018).

²⁰ Os dados têm por base os “artigos, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º da Lei Orgânica nº 2/2006 de 17 de abril, quarta alteração à Lei nº 37/81 de 3 de outubro (Lei da Nacionalidade) e ao artigo 6º, nº 7 da Lei nº 43/2013, de 3 de junho (aquisição por naturalização aos descendentes de judeus sefarditas portugueses)” (INE, IP, 2018a, p. 151).

Em relação à origem geográfica e, na linha das dez nacionalidades mais expressivas no país, de acordo com dados do INE (2018) “as nacionalidades brasileira, angolana, cabo-verdiana e ucraniana apresentaram em 2017 maior relação de feminilidade: 159,8, 121,8, 116,2 e 108,9 mulheres por 100 homens, respetivamente”. Em sentido oposto, posicionam-se as restantes seis nacionalidades, a italiana mais afastada com 68,4 mulheres por 100 homens e a chinesa mais próxima com 97,7 mulheres por 100 homens (p. 133).

A via do reagrupamento familiar continua a ocupar maioria das autorizações de residência no ano 2017 (57,4%), mas tem-se observado uma diminuição desde 2008. Em contraposição, verificam-se aumentos substantivos para trabalho independente e para o estudo no ensino superior e investigadores (SEF, 2018). Num olhar, mais atento, sobre as nacionalidades, no ano 2016, constatou-se que as entradas foram principalmente por razões de estudo para as mulheres oriundas do Brasil (55%), de Cabo Verde (65,9%), de São Tomé e Príncipe (83,7%) e de Angola (92,1%), enquanto no caso das oriundas da China (44,6%) e do Nepal (80,7%) foi o reagrupamento familiar (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017; SEF, 2017).

De facto, os dados fornecidos pelo SEF (2017, 2018), evidenciam o aumento do número de mulheres que migram fora do contexto de reagrupamento familiar, fazendo-o por decisão própria e de forma autónoma. Dados que vão ao encontro do que tem sido reconhecido nos estudos sobre as migrações, verificando-se que a migração feminina, desde as últimas décadas do século passado, tem-se afastado da imagem associada a um percurso familiar, em que o primeiro a emigrar era o homem e posteriormente emigravam a mulher e os filhos, tornando-se, cada vez mais crescente, o número de mulheres que optam por migrar por vontade própria, na procura da autonomia, da independência financeira, educacional (para estudar), estatuto social e liberdade (Carmo, 2002; Wall et al, 2008; J. C. Marques & Góis, 2012).

Cientes de que os nascimentos aumentam a população e rejuvenescem-na, a dimensão da natalidade, na envolvência com outros indicadores próximos e diretamente relacionados, é um dos indicadores que caracteriza o contexto de fragilidade com que se depara a população portuguesa.

De facto, dados das estatísticas demográficas do INE têm mostrado que, desde a década de 80 do século passado, o ISF das mulheres de nacionalidade portuguesa não assegura a reposição das gerações, atingindo em 2013 o valor de 1,21 filhos²¹ por mulher (Cunha, 2014,

²¹ Citando Cunha (2014, p. 19), “Em termos demográficos, a fecundidade é considerada muito baixa (*very low*) quando o ISF é inferior a 1,5, fazendo-se ainda uma distinção quando o ISF é inferior a 1,3 (*lowest-low*) (...) Estes níveis de fecundidade são catalisadores dos processos de envelhecimento e declínio demográfico.”

p. 19). O ano 2017 mantém a ligeira recuperação observada desde 2013, registando-se o valor de 1,37 para o número médio de filhos por mulher. Contudo, manteve-se a tendência para o adiamento da idade das mulheres para o nascimento de um filho (31,2 anos) (INE, 2018). Em consonância, os maiores aumentos dos níveis de fecundidade foram registados nos grupos etários dos 25-29 anos e 35-39, tendência observada desde 2014, sobretudo nas idades acima dos 30 anos (INE, 2018, pp. 39-42).

Em termos de filiação, nos últimos anos, a proporção de nascimentos dentro do casamento tende a diminuir, enquanto que as fora do casamento tendem a aumentar. Dados relativos a 2017 revelaram 45,1% de nados-vivos nascidos dentro do casamento e 54,9% fora do casamento, onde 36,8% ocorreram com coabitação dos pais e 18,1% sem coabitação dos pais (INE, 2018, p. 46).

No que diz respeito à natalidade, desde o início do século até ao ano 2014 o número de nados-vivos de mães residentes em território nacional gradualmente foi diminuindo, registando-se, por exemplo, no ano 2000 (120.008) e em 2014 o valor mais baixo (82.367). Nos anos seguintes registou-se um aumento ligeiro, estimando-se 86.154 nados-vivos em 2017 (INE, 2018).

Numa leitura mais direcionada para o peso relativo dos nados-vivos de mães de nacionalidade estrangeira ocorridos em Portugal, percebeu-se, num sentido oposto, que o número de nados-vivos tendencialmente aumentou entre 2000 e 2010, com o registo de 5.822 e 10.786 nados-vivos, respetivamente. Entre 2011 e 2015 dá-se um decréscimo da natalidade, voltando a aumentar nos dois anos seguintes, correspondendo a 8.316 em 2017²².

Como principais razões apontadas para o decréscimo de nados-vivos de mães estrangeiras, surgem o decréscimo das entradas de população estrangeira, nomeadamente em idade fértil, a tendência para adoção dos padrões de fecundidade das sociedades de acolhimento e o envelhecimento da própria população (Carrilho & Craveiro, 2015, p. 97). Contudo, a análise dos dados estatísticos realizada por C. R. Oliveira (Coord.) e Gomes (2017, 2018b), sugerem que as mães estrangeiras mantêm o seu contributo para a demografia portuguesa, ao preservarem uma expressão numérica significativa no total de nascimentos (9,7%), face à sua representatividade populacional no país (SEF, 2018).

²² INE. (2018). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística Disponível em abril, 30, 2018
<https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+nacionalidade+da+m%C3%A3e-2512>

Na mesma linha, o Figura 2 permite observar que entre os anos 2011 e 2016 a taxa bruta de natalidade feminina da população estrangeira foi sendo superior ao da população de nacionalidade portuguesa e que, por exemplo nos anos 2015 e 2016, por cada 1000 mulheres registou-se mais do dobro da prevalência de nascimentos nas mulheres estrangeiras (35,8 e 37,5, respetivamente) quando comparadas com os valores das mulheres de nacionalidade portuguesa (15 e 14,6 respetivamente).

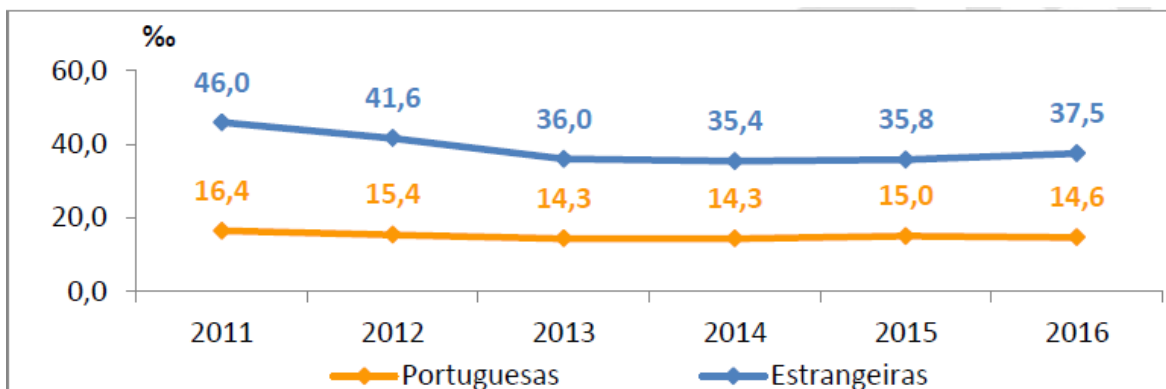


Figura 2. Taxa bruta de natalidade feminina, por nacionalidade, entre 2011 e 2016

Fonte: De “Imigração e Demografia” de C. R. Oliveira (Coord.) e Gomes, 2017, *Indicadores de integração de imigrantes. Relatório estatístico anual 2017*, p. 70

Numa breve alusão à nupcialidade²³, os casamentos entre estrangeiros mantêm a tendência de crescimento, embora com um aumento menos expressivo quando comparado com a década anterior (entre 2011 e 2016, com um aumento de cerca de +37,5%, enquanto que entre 2001 e 2012 aumentaram cerca de +255,8%) (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017, p. 71). Numa outra leitura, os casamentos entre estrangeiros foram de 2,2% em 2012 e de 3,5% em 2017 (INE, 2018, p. 102). Quanto aos casamentos mistos (entre portugueses e estrangeiros), estes diminuíram nos últimos anos, tendência que contraria a observada na década anterior, podendo ser justificada, em parte, pelo decréscimo global da população estrangeira residente em Portugal (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017, p. 72). Entre 2012 e 2017 a maior proporção de casamentos mistos ocorreu em 2017 (13,6%) e a menor em 2014 (11,1%); a maior representatividade correspondeu a casamentos de homens portugueses com mulheres estrangeiras (9,4%) do total de casamentos em 2017 e a mais baixa em 2014 (7,5%), e entre

²³ Taxa bruta de nupcialidade - Número de casamentos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de casamentos por 1000 habitantes). Disponível em <https://www.pordata.pt/Glossario>

mulheres portuguesas e homens estrangeiros a percentagem mais elevada foi de 4,2% em 2017 e a menor de 3,5% em 2014 (INE, 2018, p. 102).

O adiar da idade ao casamento é uma tendência que se observa ao longo das últimas décadas, para ambos os sexos na sociedade portuguesa, situando-se no ano 2017 em 33,2 anos para os homens e 31,6 anos para as mulheres (INE, 2018, p. 91). De acordo com dados divulgados pelo EUROSTAT, para o ano 2016, a taxa bruta de nupcialidade de Portugal foi a mais baixa da UE28 (3,1‰), enquanto a Lituânia e o Chipre registaram as taxas mais elevadas, com valores acima dos 7 casamentos por mil habitantes (INE, 2018, p. 112).

No âmbito do mercado de trabalho, a evidência científica tem demonstrado o papel fundamental dos migrantes na melhoria da eficiência dos mercados de trabalho, assim como se tem evidenciado ocupações em que os trabalhadores migrantes estão largamente representados, por serem atividades que os autóctones mais evitam, como são exemplo os trabalhos mais sujos, exigentes, perigosos, mal pagos ou instáveis (C. R. Oliveira & Pires, 2010, pp. 107-111), com grande incidência na construção civil, hotelaria, restauração e serviço doméstico (C. R. Oliveira & Pires, 2010; C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b).

Associa-se, também, o facto de os migrantes serem mais empreendedores que os nacionais. De acordo com indicadores da EUROSTAT (2017) relativos ao mercado de trabalho, a taxa de atividade²⁴ dos cidadãos estrangeiros é, na maioria dos países da UE28, superior à taxa dos nacionais e, no que diz respeito à taxa de atividade dos cidadãos estrangeiros extracomunitários, Portugal assumia a primeira posição entre as mais elevadas da UE28, no ano 2016, com 76,3% (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017).

No entanto, a crise económica e financeira desde 2008 que se instalou no país, provocou um decréscimo superior da empregabilidade dos trabalhadores estrangeiros, quando comparados com os trabalhadores portugueses, visto que sofreram uma maior diminuição das oportunidades de trabalho, um maior aumento de desemprego e no atraso nas suas remunerações. De acordo com os dados fornecidos pelos Quadros de Pessoal do Ministério do Trabalho analisados por C. R. Oliveira (Coord.) e Gomes (2018b), no ano 2016, as atividades com mais trabalhadores estrangeiros foram: as administrativas e serviços de apoio (21,4%); as de alojamento, restauração e similares (20,2%); as do comércio por grosso e a retalho (12,6%); as das indústrias transformadoras (9,8%); e as da construção em 8% (p. 149).

²⁴ Define-se *Taxa de atividade* – pela relação entre a população ativa e a população em idade ativa (indivíduos entre os 15-64 anos empregados e não empregados) (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017, p. 121).

Salienta-se, ainda, uma discrepância nas remunerações base médias dos estrangeiros em comparação aos nacionais, verificando-se que são as trabalhadoras do sexo feminino as mais afetadas por esta discrepância salarial, por exemplo, no ano 2016, estas recebiam -12,9% que as trabalhadoras portuguesas (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b).

Outro indicador a que se prestou especial atenção foi o de se verificar que, dentro da população trabalhadora estrangeira, as mulheres apresentam maior expressão nos níveis de habilitações dos extremos, ou seja, nas habilitações iguais ou inferiores ao 1º ciclo do ensino básico e nas habilitações superiores (bacharelato, licenciatura ou mais), que o verificado nos homens estrangeiros (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017, p. 129).

Em suma, pela leitura de diversos documentos sobre a conjuntura da população estrangeira em Portugal, a literatura tem mostrado o impacto positivo das migrações nas sociedades, com efeitos observáveis em diferentes dimensões. Ao nível nacional, os benefícios da imigração têm vindo a manifestar-se ao nível económico, na qualificação, na diversidade, na criação de postos de trabalho, na abertura ao mundo e na valorização ou aceitação da diversidade cultural e religiosa por parte dos autóctones. Ganhos que se devem, em grande parte, às políticas migratórias nacionais que têm sido desenvolvidas e implementadas no país (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, 2015; C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2018b).

Olhando para as sociedades mais industrializadas, nomeadamente ao nível da União Europeia, segundo o relatório da EUROSTAT (2013, p. 137), é bem reconhecido os benefícios da população migrante num perfil demográfico com tendência para o envelhecimento e na dinâmica do mercado de trabalho destas sociedades. De acordo com Sobotka, 2008 citado em Peixoto, Craveiro, Malheiros e Tiago de Oliveira [Org.], (2017, p. 26), “os vários ritmos de envelhecimento a que se assiste na Europa apenas são seriamente preocupantes nos países – e regiões – que conjugam reduzida fecundidade e emigração significativa”. Portugal, conforme comprovam os indicadores demográficos, mostra-se particularmente vulnerável, sobretudo por acumular saldos naturais negativos com saldos migratórios negativos desde 2011, apesar da inversão do saldo migratório registado em 2017.

Nesta conjuntura, Portugal encara cinco desafios particularmente decisivos ao nível das migrações, procurando dar visibilidade a uma nova estratégia promotora da igualdade entre homens e mulheres em todos os eixos prioritários que integram o Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020:

- (i) o combate transversal ao défice demográfico e o equilíbrio do saldo migratório; (ii) a consolidação da integração e capacitação das comunidades imigrantes residentes em

Portugal, continuando a tradição personalista de Portugal; (iii) a inclusão dos novos nacionais, em razão da aquisição de nacionalidade ou da descendência de imigrantes; (iv) a resposta à mobilidade internacional, através da internacionalização da economia portuguesa, na perspectiva da captação de migrantes e da valorização das migrações e do talento como incentivos ao crescimento económico; (v) o acompanhamento da emigração portuguesa, através do reforço dos laços de vínculo e do reforço das condições para o regresso e reintegração de cidadãos nacionais emigrados (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, 2015, pp. 1654-(4)).

A preocupante fragilidade demográfica em que se encontra o país e a necessidade de equilíbrio do saldo migratório, surgem no primeiro eixo prioritário e representam dois temas de foco de atenção e necessidade de conhecimento face à proximidade com a área do estudo realizado. Conjugam-se a estes aspetos, o facto da migração para Portugal ser predominantemente por razões económicas ou laborais, resultando numa pirâmide etária mais jovem e em idade ativa e como já referido anteriormente, os cidadãos estrangeiros residentes representavam a população potencialmente ativa, com a supremacia do grupo etário entre os 20-39 anos e na sua composição por género, por uma maior preponderância feminina (51,2%) (SEF, 2018).

Pela sua relevância no estudo, equacionaram-se ainda os seguintes aspetos:

- o facto de nacionalidade não ser um atributo vitalício, pois a legislação portuguesa permite ao cidadão estrangeiro tornar-se cidadão de nacionalidade portuguesa por várias vias (Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de abril²⁵), verificando-se, também, um aumento do número dos descendentes de imigrantes nascidos em Portugal a adquirirem nacionalidade portuguesa, tendo hoje cidadania nacional;
- a crescente mobilidade de migrantes portugueses e estrangeiros, na procura de oportunidades profissionais em diferentes países, requerem a implementação de políticas migratórias eficazes, devendo estas seguirem uma visão integrada dos fenómenos imigratório e emigratório;
- a literatura aponta para a falta de consenso internacional na operacionalização estatística do conceito de “imigrante internacional”²⁶ (Lemaitre, Liebig, Thoreau, & Fron, 2008), sendo recomendado para a realização de estudos sobre estas populações a opção pela naturalidade do indivíduo, realçando-se que o universo de imigrantes não depende da sua nacionalidade, mas sim da sua origem (OCDE, 2015). No entanto, em relação a Portugal e de acordo com C. R. Oliveira (Coord.) e Gomes (2017, pp. 15-16), ainda “não existe informação estatística e administrativa que apure com rigor o fenómeno da imigração” visto que o “principal critério

²⁵ Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de abril, correspondendo à quarta alteração da Lei da Nacionalidade (Lei n.º 37/81, de 3 de Outubro).

²⁶ Organização das Nações Unidas define “imigrante internacional” como a pessoa que muda de país de residência habitual por um período determinado (ONU, 1998, pp. 9-10).

para estimar a dimensão da população imigrante e as suas características é o da nacionalidade dos indivíduos (...) que traz consequências analíticas, uma vez que se traduz apenas numa aproximação ao universo de imigrantes no país” (p. 15).

Neste sentido, optou-se por utilizar no estudo, as principais fontes estatísticas portuguesas (INE e SEF), sendo que os dados apresentados refletem a realidade dos estrangeiros residentes em Portugal. Mas, ao se tratar de um fenómeno multidimensional, onde se procurou conhecer o impacto da imigração na saúde da mulher migrante, outros indicadores fornecidos pelos documentos consultados foram também considerados, nomeadamente fontes de dados administrativas, que conjugadas com as fontes estatísticas, permitem uma melhor sustentabilidade da caracterização da população estrangeira em Portugal.

De facto, o impacto da migração feminina pode ter efeitos positivos para as mulheres, proporcionando-lhes os benefícios já anteriormente descritos, ou dito de outra forma, a migração pode funcionar como um fator de *empowerment* para a mulher migrante. Ou, em contrapartida, acarretar riscos para as mulheres pela sua vulnerabilidade social resultante da precariedade laboral, exclusão, situação irregular e isolamento (Jolly & Reeves, 2005; Miranda, 2009; Keygnaert et al., 2016). Aponta-se, ainda, que os efeitos da migração feminina dependem do tipo de migração realizada, das políticas de migração e das relações de género que vinculam tanto nos países de origem como nas sociedades recetoras (Jolly & Reeves, 2005; Keygnaert et al., 2016).

1.2.2 A saúde da população migrante residente

Na perspectiva de quem emigra, surgem como principais razões para se sair do país onde se vive (de origem ou outro e aqui já na condição de migrante) a melhoria das condições socioeconómicas, de saúde e de educação. Neste ponto de vista, as múltiplas mudanças que ocorrem durante o percurso migratório, se forem ao encontro das expectativas traçadas, normalmente trazem benefícios ao próprio imigrante (N. Ramos, 2004, 2006).

Contudo, os estudos revelam que o efeito da migração no estado de saúde dos imigrantes é condicionado por determinantes que se encontram presentes em cada uma das fases do processo de migratório, estando estes associados aos recursos psicológicos e sociais de cada indivíduo, ao tipo de migração que realiza, às características da sociedade e condições de acolhimento do país recetor (S. Dias & Gonçalves, 2007; M. P. Ramos, 2008). Evidencia a OCDE (2015, p. 191) que, entre os mais importantes determinantes de saúde se encontram as

caraterísticas sociodemográficas como o sexo, idade, nível de escolaridade, comportamentos de risco (beber álcool, fumar ou erros alimentares) e as condições de vida e de trabalho dos migrantes na sociedade recetora.

No sentido de minimizar todo um conjunto de agentes ou condicionantes que possam colocar em risco a saúde dos migrantes e pelo reconhecimento da heterogeneidade destas populações (trabalhadores, refugiados, estudantes, imigrantes indocumentados, entre outros), com diferentes níveis de vulnerabilidades e de necessidades de cuidados de saúde, a OMS em 2010 apresenta quatro princípios que a saúde pública deverá ter em conta na promoção da saúde dos migrantes e da população de acolhimento:

- i. evitar disparidades no estado de saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre os migrantes e a população de acolhimento;
- ii. garantir o direito à saúde dos migrantes, reduzindo a discriminação e obstáculos no acesso dos migrantes às intervenções preventivas e curativas, que são os direitos básicos de saúde da população de acolhimento;
- iii. reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes, especialmente, em situações de migração forçada resultante de catástrofes ou conflitos;
- iv. minimizar o impacto negativo do processo de migração, a migração geralmente torna os migrantes mais vulneráveis aos riscos de saúde decorrentes da mudança e adaptação a novos ambientes (Entidade Reguladora da Saúde, 2015, p. 14).

Com efeito, a saúde da população migrante emerge e impõe-se como uma dimensão essencial no processo de integração dos imigrantes, onde o acesso aos serviços de saúde torna-se uma condição fundamental para a saúde e bem-estar destas populações, muito em particular os migrantes internacionais, pelos efeitos físicos e psicológicos na condição de saúde destes grupos populacionais, resultantes da mudança de ambiente físico e sociocultural, identificados na literatura como um dos maiores desafios para a saúde pública ao nível mundial (S. Dias, Gama, A. Silva, Cargaleiro, & M. O. Martins, 2011; S. Dias & Gama, 2014; Keygnaert et al., 2016).

Neste âmbito, a WHO em 2010, considerava emergente aprofundar o conhecimento das diferenças ao nível do estado de saúde entre as populações autóctones e migrantes (WHO, 2010) e segundo o relatório da Entidade Reguladora da Saúde de 2015, apesar da investigação crescente neste campo, ainda permanece a “falta de dados sobre a acessibilidade, a utilização e a adequação dos serviços de saúde, bem como sobre a satisfação por parte da população de imigrantes nos serviços de saúde e sobre possíveis problemas no sistema de saúde.” (p. 15).

Encarando estes factos, logo na primeira década deste século a investigação sobre migração e saúde adquiriu progressos significativos em Portugal. No entanto, ainda se manifestavam lacunas no conhecimento sobre a saúde destas populações, como é o caso da

necessidade em se caracterizar o estado e as práticas de saúde dos diferentes grupos de imigrantes e, mais concretamente, a necessidade do conhecimento na perspectiva dos imigrantes, sobre os serviços de saúde e sobre os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde (Fonseca et al., 2009; Machado, 2009; Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), 2010).

Estamos, portanto, perante uma realidade que diz respeito a todos os que trabalham aos níveis comunitários, nacional, regional ou local, cabendo aos governos tomarem decisões políticas inovadoras e céleres e fomentarem a implementação de boas práticas que protejam e melhorem a saúde dos migrantes. Documentos recentes emanados pela OMS/Europa, revelam novas atividades de âmbito colaborativo e multisectorial a serem praticadas dentro da Região, visando a proteção da saúde e o bem-estar de todos os migrantes e refugiados, a inclusão social e o garantir que ninguém seja deixado para trás (WHO, 2017).

Neste caminho, o nosso país tem vindo a consolidar políticas migratórias e a implementar planos de integração de imigrantes e dos seus descendentes em resposta à crescente complexidade do fenómeno das migrações, onde atualmente se enquadra o Plano Estratégico para as Migrações (PEM) 2015-2020, consolidando um conjunto de boas práticas conhecidas e reconhecidas ao nível nacional e internacional.

No campo da saúde, e partindo de uma visão mais global sobre os direitos e deveres fundamentais dos cidadãos, a Constituição da República Portuguesa²⁷, no artigo 64.º, determina que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, cabendo ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral, garantir o direito à proteção da saúde, tendo em consideração as condições económicas e sociais dos cidadãos. Neste enquadramento, o Sistema de Saúde português, regido pelos mesmos valores fundamentais dos sistemas de saúde europeus (Conselho da União Europeia (UE), 2006²⁸): a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2012, p. 10), constitui-se num elemento central de proteção social e redução das iniquidades, com contributos para a coesão, justiça e bem-estar social, nomeadamente, na resposta a necessidades globais e específicas, como é o caso dos grupos socialmente vulneráveis, onde, com alguma frequência, se situam as populações migrantes.

²⁷ Constituição da República Portuguesa. VII REVISÃO CONSTITUCIONAL [2005]. Capítulo II - Direitos e deveres sociais. Artigo 64.º - Saúde. Disponível em

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>

²⁸ Conselho da União Europeia. Conclusões do Conselho da União Europeia sobre valores e princípios comuns aos Sistemas de Saúde da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia. 2006/C/146/01. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>

Como instrumento de orientação estratégica, política, técnica e financeira do Sistema de Saúde, encontra-se o Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, objetivando ganhos em saúde para a população residente no país (dando continuidade a intervenções já implementadas em PNS anteriores), melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações ajustadas aos “desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização” (Direção-Geral da Saúde, 2015b, p. 4).

No âmbito dos cuidados de saúde da população migrante residente no país, referem C. R. Oliveira e Gomes (2017), que em termos globais, constatou-se uma evolução positiva nos vários indicadores de saúde, percebendo-se que o que gera maior influência no estado de saúde dos diferentes grupos populacionais é a vulnerabilidade socioeconómica em que vivem na sociedade de acolhimento e não a origem migratória ou nacionalidade. Com efeito, os estrangeiros residentes em Portugal quando comparados com os portugueses, “mostram maiores taxas de risco de pobreza e maiores taxas de privação material, indicadores que influenciam diretamente na prevalência de riscos de saúde” (p. 263). Através de alguns indicadores disponíveis, o estudo de C. R. Oliveira e Pires (2010), mostra condições de vulnerabilidade dos imigrantes no mercado de trabalho português, suscetíveis de influenciar o estado de saúde e a segurança do trabalhador, como sejam: o excesso de horas de trabalho, o regime de horário (tendencialmente noturno), piores condições de trabalho (de maior risco e exigentes), não cumprimento de tempos mínimos de descanso diários ou semanais, alimentação inadequada e a tendência para vínculos de trabalho precários como o principal meio de acesso ao trabalho.

No que diz respeito à utilização dos cuidados de saúde, estudo da OCDE (2015, p. 193) alerta para as circunstâncias socioeconómicas dos grupos de imigrantes com níveis mais baixos de instrução, mais baixos rendimentos, piores condições de trabalho e com risco de exclusão social, por serem as que mais afetam diretamente o uso dos serviços de saúde das sociedades onde residem. Em conformidade com estes dados, encontram-se os resultados obtidos no diagnóstico da população imigrante em Portugal, realizado por Malheiros e Esteves (2013, pp. 221-222), ao constatar uma maior tendência para a mobilização das redes informais (amigos imigrantes conterrâneos ou familiares) nos momentos em que se deparam com situações de emergência, enquanto que o recurso a redes formais ou serviços públicos portugueses surge num terceiro nível e a uma distância considerável das redes informais. Ao analisarem os dados pela componente de género, os autores verificaram que as mulheres recorrem mais a familiares

residentes no país do que à rede de amigos imigrantes, contrariamente ao verificado nos homens migrantes.

Outros fatores têm sido identificados como dificultadores do acesso aos serviços de saúde, nomeadamente as diferenças linguísticas e culturais e as barreiras institucionais e estruturais (Keygnaert et al., 2016). Neste sentido, as próprias instituições de saúde e a organização dos serviços detêm um papel essencial face à diversidade cultural dos seus clientes (Keygnaert et al., 2016), devendo estas providenciar condições para fornecer a todos cuidados de saúde de qualidade, através da mobilização e implementação de diferentes tipos de estratégias que permitam atenuar a barreira linguística (material informativo em diferentes línguas, uso da sinalética, intérpretes e mediadores interculturais), atenuar os custos dos cuidados de saúde (face a uma população vulnerável com necessidades específicas) e promover uma abordagem sensível à cultura na promoção da saúde e prevenção da doença e no lidar com os problemas de saúde específicos (F. M. B. A. Lopes, 2015). Quanto à implementação de uma abordagem sensível à cultura, salienta J. C. Lopes (2009), que uma organização de saúde multicultural, onde os próprios empregados/profissionais de saúde podem pertencer a culturas diferentes, o acolhimento do cliente deve ser livre de “preconceitos ou de juízos de valor do ‘outro’” (p. 111), procurando compreender e respeitar os seus valores, crenças e práticas religiosas e fazer valer os seus direitos.

Neste contexto, a formação dos profissionais de saúde para as relações interculturais revela-se fundamental, nomeadamente no que diz respeito à competência na comunicação entre o profissional de saúde e o cliente/doente migrante, pela necessidade de se estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva que evite o distanciamento e o refúgio numa atitude técnica e impessoal por parte do profissional de saúde. E pela frequente dificuldade do cliente/doente migrante em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos, provocando neste ansiedade, angústia e aumento de preconceitos (N. Ramos, 2004, 2006).

Com efeito, torna-se necessário desenvolver uma consciencialização cultural (M. P. Ramos, 2008; Reis, 2015), adquirida num processo de aprendizagem que capacita para a observação do mundo pelo ponto de vista de uma outra cultura e para o reconhecimento das diferenças e da pluralidade (Presswalla, 2004). Ou seja, o confronto do profissional de saúde com a diversidade cultural do cliente/doente migrante pode resultar numa comunicação com base em perceções e juízos etnocêntricos, preconceitos e modelos estereotipados (M. P. Ramos, 2008), que se irão refletir negativamente em todo o processo terapêutico (J. C. Lopes, 2009;

Reis, 2015), caso não exista uma sensibilização cultural e uma adequada competência intercultural.

De acordo com o relatório *Health Evidence Network (HEN)* relatório síntese 45, a investigação orientada para prestação de cuidados maternos às mulheres migrantes, tem sido concordante na importância da implementação de cuidados culturalmente sensíveis ou culturalmente competentes, onde foram identificados diversos aspetos que devem contemplados, entre eles: diretrizes específicas e treino dos profissionais de saúde para aspetos culturais do corpo, saúde, riscos relacionados com o processo migratório, discriminação e racismo; práticas culturais prejudiciais que afetam diretamente a saúde materna; utilização de intérpretes qualificados e esquemas de orientação para utilização dos sistemas de saúde que facilitem a interação entre profissional de saúde e mulher migrante; e o envolvimento dos próprios migrantes e suas comunidades no planeamento e desenvolvimento do sistema comunicação (Keygnaert et al., 2016).

1.2.3 A saúde da mulher migrante na dimensão da saúde materna

A saúde das mulheres mantém-se como um dos principais desafios para a saúde pública ao nível mundial e regional e, consequentemente, a assistência à saúde materna torna-se preponderante na prestação de cuidados de saúde para migrantes de todos os tipos (Keygnaert et al., 2016). Particularmente, ao se fazer prevalecer as funções maternas e familiares que as mulheres assumem na maioria das sociedades, tornando-as num pilar importante no desenvolvimento sustentado das sociedades onde se encontram inseridas. Em contexto migratório, as mães e as crianças mais jovens são reconhecidas como as mais vulneráveis ao stress, às ruturas, às mudanças e às dificuldades decorrentes do nível de integração e de adaptação às novas condições de vida com que se deparam (Kennel, 2005; N. Ramos, 2012; Keygnaert et al., 2016).

Como já vem sido referido, a evidência científica aponta para uma maior vulnerabilidade da migração feminina, face à discriminação social e económica a que esta população com alguma frequência está sujeita (S. M. F. Dias, Rocha, & Horta (Col.), 2009) e, face às políticas de migração praticadas em alguns países de acolhimento que, por não valorizarem heterogeneidade nem especificidades do género (Padilha & Miguel, 2009), provocam efeitos negativos no processo migratório, na saúde das mulheres migrantes e riscos de vitimação.

Para além dos fatores de risco relacionados à situação de migrante, outros efeitos adversos à saúde materna migrante são identificados, tais como infeções sexualmente transmissíveis, por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e tuberculose (Keygnaert et al., 2016, p. 3).

De acordo com N. Ramos (2012), as mulheres em contexto migratório “desenvolvem estratégias identitárias, que variam segundo as suas trajetórias individuais, sociais, culturais e familiares” (p. 89), na procura de uma adaptação social e psicológica a um novo meio físico e sociocultural que, para além de desconhecido também se pode tornar hostil. As diferenças com que se deparam na nova sociedade podem ser geradoras de conflitos no seio familiar, provocadas, por exemplo, pelos papéis de género culturalmente aceites no país de origem e os desempenhados na nova sociedade, visto que, tendencialmente, as mulheres adquirem maior poder decisório e autonomia (N. Ramos, 2012).

Nos primeiros anos de migração, as mulheres migrantes podem ter que enfrentar complicações psicossociais, emocionais adaptativas e culturais e, com frequência, experienciam a solidão ou vivem com precárias relações sociais e familiares (N. Ramos, 2006, 2012). Perante estes fatores, com maior dificuldade a mulher migrante consegue manter um estado de saúde adequado à sua função promotora da saúde dos elementos que constituem o seu agregado familiar e cuidar de si própria, nomeadamente durante o período de gestação, parto e pós-parto (N. Ramos, 2006, 2012).

De facto, a evidência científica tem comprovado que grupos socialmente desfavorecidos, imigrantes ou grupos étnicos, tendem a uma menor probabilidade de receberem cuidados de saúde adequados durante a gravidez, parto e no pós-parto, quer por adotarem menos comportamentos preventivos, quer por recorrerem menos aos cuidados de saúde (ou tardiamente ou faltando às consultas de vigilância pré-natal), condutas estas, que potencializam as situações de risco para a gestante e/ou feto, dificultam o tratamento em situações de doença e aumentam os custos na saúde (United Nations Population Fund (UNFPA), 2006). Consequentemente, as mulheres migrantes tendem a apresentar taxas mais altas de complicações e mortalidade materna e piores resultados de saúde perinatal do que as dos países recetor (Keygnaert et al., 2016).

No estudo sobre recém-nascidos de muito baixo peso e famílias migrantes, comprovou G. C. Santos (2009), que as características sociodemográficas, a cultura e as experiências migratórias influenciam as mulheres migrantes a não beneficiarem do mesmo nível de cuidados pré-natais e pós-natais que as mulheres autóctones. Em concordância, Fonseca et al. (2009),

revelam que na perspectiva dos profissionais de saúde portugueses as práticas de saúde dos imigrantes, comportamentos de saúde, conceitos de saúde/doença, expectativas face aos profissionais de saúde e o uso dos serviços de saúde, para além de serem diferentes nos diversos grupos populacionais, surgem como agentes que influenciam o estado de saúde dos imigrantes.

Perante o exposto, reconhecesse a experiência desafiante e complexa com que a mulher migrante se depara, quando a gravidez e a maternidade acontecem num contexto migratório, onde se cruzam um conjunto de contingências que o processo migratório implica nas suas diferentes fases (N. Ramos, 2006, 2012), com a adaptação a uma nova situação - tornar-se mãe. Uma nova situação que envolve um processo de transformações fisiológicas do corpo e de adaptações emocionais, que culmina no nascimento de uma ou mais crianças, ao qual se sucede um outro processo distinto, mas complementar – a maternidade, que reúne outras dimensões que influenciam a mulher para o desempenho adequado e satisfatório do seu papel de mãe (Canavarro, 2001, 2006; Santiago, 2009).

Neste contexto, a influência cultural do país de origem assume contornos mais específicos, transmitindo confiança e apoio protetor (muitas vezes perdido com o distanciamento da família) e refletindo-se nas atitudes e comportamentos de saúde das mulheres migrantes grávidas ou no exercício da maternidade. A barreira da língua, a falta de conhecimentos e de hábitos de vigilância de saúde materna, porque para algumas culturas a gravidez é percecionada como um estado natural, não necessitando de vigilância de saúde, enquanto que o parto e o puerpério²⁹ são considerados momentos de risco para a mãe e criança, onde os rituais, crenças e práticas cuidativas ajudam a proteger a saúde da mãe e da criança (Figes, 2001; N. Ramos, 2004, 2006, 2012; Monteiro, 2007). E, também, o facto de as mulheres migrantes muitas vezes não serem compreendidas ou serem mal interpretadas nos seus costumes por parte dos profissionais de saúde (como por exemplo, os cuidados com a grávida/puérpera e com a criança serem resolvidos no seio familiar), tornam-se nos principais motivos para que os cuidados de saúde oferecidos no país de acolhimento não deem resposta às expectativas das mulheres migrantes e às suas necessidades de saúde (N. Ramos, 2006, 2012; M. P. Ramos, 2008; S. M. F. Dias et al, 2009; Santiago, 2009), levando-as a recorrer menos aos serviços de saúde para a vigilância pré-natal e após o parto e potenciando, assim, situações de risco e patologias durante a gravidez e no pós-parto, como a depressão e psicoses na mãe e os distúrbios funcionais no bebé, como de sono e de alimentação (N. Ramos, 2004, 2006).

²⁹ *Puerpério* – designa o período de seis a oito semanas após o parto, espaço de tempo em que ocorre uma regressão das mudanças anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, sendo que essas alterações fisiológicas acontecem ao nível de vários órgãos e sistemas do corpo da mulher (Centeno, 2017).

No estudo assume-se a visão da gravidez como um estado de saúde ou um processo fisiológico vivenciado pelas mulheres, que envolve transições e transformações que se experienciam de forma individual e que se particularizam em cada gestação, pelos diferentes contextos e período temporal do ciclo de vida da mulher em que estas possam ocorrer (Lowdermilk & Perry, 2009; DGS, 2015a). Contudo, ao longo do século XX foi sendo demonstrado que a “acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto, assim como o planeamento da gravidez, diminuem drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis” (DGS, 2015a, p. 9).

Associando-se a um contexto migratório e dando continuidade aos resultados de estudos anteriormente descritos, no âmbito da saúde materna da mulher migrante, revela o relatório *Health Evidence Network (HEN)* relatório síntese 45, de que quando comparadas com as não migrantes, tendem a uma maior incidência de aborto induzido, cesariana, partos instrumentados e complicações; relativamente ao peso à nascença e pré-eclâmpsia, achados mais recentes mostram que estes diferem por grupo migrante, geração e país recetor; um aumento da taxa de partos pré-termo que se apurou variar com a etnia, por exemplo, estudo português constatou um aumento de 1,8% do risco em mulheres africanas, em comparação com mulheres portuguesas (Harding, Boroujerdi, Santana & Cruickshank, 2006 citados em Keygnaert et al., 2016, p.6).

O estudo de Machado et al. (2007), sobre os cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes, as autoras concluem, entre outros aspetos, que as mortalidades fetal e perinatal e a prematuridade tendem a ser maiores nos grupos de nacionalidade não portuguesa, as mães imigrantes apresentavam valores significativamente mais elevados de doenças infecciosas e identificaram um consumo de bebidas alcoólicas culturalmente aceite, face a uma amostra de imigrantes maioritariamente oriundos dos países africanos lusófonos e europeus não comunitários.

Relativamente a mortalidade materna e infantil, as mulheres migrantes em geral tendem a apresentar taxas superiores às não migrantes, revelando uma recente meta-análise que as mulheres migrantes nos países da Europa Ocidental tinham um risco duplicado de morrer durante ou após a gravidez, quando comparadas com as mulheres do país de acolhimento (Pedersen, Grøntved, Mortensen, Andersen & Rich-Edwards, 2014 citados em Keygnaert et al., 2016, p.6). Divulgou o mesmo relatório, que mesmo em países com acesso universal a cuidados de saúde, como são exemplo a Suécia, Noruega e Portugal, estas disparidades de saúde continuam a existir (Keygnaert et al., 2016, p. 6).

Atualmente, o sistema de saúde português, essencialmente através do SNS, “constitui uma referência a nível europeu e mundial” (Ministério da Saúde, 2018, p. 42). Portugal encontra-se entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil (mortalidade materna, perinatal, neonatal e no primeiro ano de vida), fruto de um percurso de mudanças e transformações do SNS que foram sendo implementadas ao longo de quase 40 anos³⁰. Identificam-se como marcos decisivos nesta área a criação de uma Rede de Referência Materno-Infantil, consistindo numa rede nacional de referência interinstitucional, que possibilita a articulação e integração funcional das atividades continuadas entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP)³¹ e os Cuidados Hospitalares³², sob a orientação das Unidades Coordenadoras Funcionais (DGS, Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI), 2001). E a operacionalização do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), criado em 2015, um instrumento que reúne informação nacional e internacional atualizada e um conjunto de recomendações e intervenções dirigidas aos profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres ao longo do seu ciclo reprodutivo. Um programa que assenta em três eixos estratégicos fundamentais: (1) Os cuidados centrados na pessoa – centrados nas necessidades da mulher, par e família, reconhecendo-os como parceiros nas decisões³³ a serem tomadas durante a vigilância da gravidez e após o parto e respeitando opiniões, crenças, ambientes culturais e valores da grávida e família; (2) Continuidade de cuidados no ciclo de vida – com a valorização da educação para a saúde e dos fatores psico-socio-culturais como determinantes em saúde; (3) Concetualização da gravidez como um momento de oportunidade - para a mudança dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, criança e agregado familiar (DGS, 2015a, pp. 12-13 e 19).

Na continuidade de cuidados pré-natais de gestações de baixo risco, ao nível dos cuidados hospitalares dá-se a assistência à mulher/casal e família a vivenciar processos de

³⁰ Entre os anos 1989 e 1994, o programa de investimentos incrementado incidiu na melhoria das instalações e dos recursos técnicos e humanos dos serviços de obstetrícia e neonatologia, bem como no equipamento dos centros de saúde no âmbito da vigilância da gravidez e do puerpério, planeamento familiar e saúde infantil (DGS, RRMI, 2001).

³¹ Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) reconhecidos como um pilar central do SNS português, onde os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, “situam-se na proximidade das populações e têm um papel fundamental na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico.” (Ministério da Saúde, 2018, p. 43).

³² Atualmente, a oferta hospitalar do SNS é composta por “unidades do Setor Público Administrativo (SPA), Entidades Públicas Empresariais (EPE) e instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP)”, visando “associar maiores níveis de eficiência e de efetividade.” (Ministério da Saúde, 2018, p. 50).

³³ A visão da grávida como parceira de cuidados de saúde baseia-se no Eixo estratégico do PNS 2012-2016 “Cidadania em Saúde”, em que o cidadão é responsável pela sua saúde e da sociedade em que se encontra inserido (DGS, 2012).

saúde/doença durante a fase final do período pré-natal, no trabalho de parto e parto e nos primeiros dias após o parto. Neste processo de maternidade, após o parto a assistência de saúde à puérpera/mãe, bebé e família retorna aos CSP.

Com efeito, ao se pretender uma evolução positiva dos indicadores até agora conseguidos e ganhos na saúde materno-infantil, torna-se essencial um processo de assistência continuado e proactivo, com o reconhecimento dos novos desafios com que a sociedade portuguesa se tem confrontado nas últimas décadas (DGS, 2015a). Desafios quer em termos das escolhas reprodutivas, como é o caso do adiamento da maternidade e da melhoria dos cuidados médicos proporcionando a gravidez em mulheres com patologia associada, quer em termos da diversidade da população estrangeira residente no país. E neste último ponto, com enfoque na mulher migrante que pode manifestar diferentes representações e práticas culturais na área da gravidez e maternidade (Parreira et al., 2016), que necessitam de ser compreendidas e respeitadas pelos profissionais de saúde, para uma melhor resposta às suas necessidades no âmbito da saúde e bem-estar ao longo do ciclo gravídico.

Com a reforma dos CSP, com base na legislação de 2008³⁴, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que integram diversas unidades funcionais visando a prestação de cuidados de saúde à população de uma determinada área geográfica, entre as quais, com especial atenção para o estudo, de acordo com *O Retrato da Saúde 2018*, documento emanado pelo Ministério da Saúde (2018, p. 46):

- as Unidades de Saúde Familiares (USF), constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, “um modelo que visa a prestação de cuidados de saúde individuais e familiares” (p. 46), com legislação específica;

- as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com uma estrutura idêntica às USF, mas “num modelo de prestação de cuidados personalizados mais tradicional, garantindo a acessibilidade dos utentes e a continuidade dos cuidados.” (p. 46);

- e, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), constituídas por diferentes profissionais de saúde, “prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em

³⁴ Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS português. Os ACES são “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.” (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro, 2008, p. 1182)

situação de maior risco (...) Atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família” (p. 46), entre outras áreas.

No âmbito da profissão de Enfermagem, o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 190/2015, 2015), define que em contexto da prática clínica, a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades) tem por base os princípios humanistas, respeito pela liberdade e dignidade humana e pelos valores, costumes, religiões do outro. No exercício profissional, o enfermeiro utiliza como linha condutora das suas ações um conjunto de competências e de critérios de competência que evidenciam o seu desempenho profissional, algumas delas explícitas em termos da compreensão e do respeito pelo Outro numa perspectiva multicultural, sendo dever do enfermeiro abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem, como se pode perceber nas seguintes competências:

- Competência A2 - Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico: (8) Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação; (15) Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; (16) Presta cuidados culturalmente sensíveis;
- Competência B2: Contribui para a promoção da saúde: (32) Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais; (33) Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades; (39) Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades;
- Competência B4: Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes: (63) Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara. (Regulamento n.º 190/2015, 2015, p. 10087)

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, a prestação de cuidados de enfermagem tem sido reconhecida como relevante, “levando os sistemas de saúde de vários países europeus a criar a figura do enfermeiro de família.” (Ministério da Saúde, 2018, p. 48). Em Portugal, com a evolução dos CSP observada nas últimas décadas, certificou-se a relevância do papel do enfermeiro de família (Ministério da Saúde, 2018, p. 48) e numa aposta à sua diferenciação e qualificação foi criada a especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, com um enquadramento profissional específico, regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE),³⁵ apresentando as seguintes competências específicas, conforme descrito no Artigo 3º: “a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital

³⁵ Regulamento n.º 428/2018 - define “o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar e que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19354).

e aos diferentes níveis de prevenção; b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19355). O enfermeiro especialista “congrega na sua prática tanto as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, como aquelas que decorrem do desenvolvimento competências e aprofundamento de conhecimentos diferenciados” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011, p. 3), no domínio de conhecimento próprio e partilha com os outros enfermeiros especialistas um perfil de competências comuns.

Ao se centrar na mulher migrante como cliente de cuidados de enfermagem durante o processo de maternidade (que engloba a grávida, parturiente, puérpera, casal e família), tanto em CSP como em cuidados hospitalares, a assistência de saúde poderá ser fornecida por enfermeiros de cuidados gerais ou enfermeiros especialistas. Neste sentido, realçasse o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)³⁶ ao deter um papel preponderante com base no perfil de competências neste domínio e aos diferentes níveis de prevenção, assumindo intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 127/2011, 2011, p. 8662)³⁷. Entre as diferentes áreas de intervenção assumidas pelo EEESMOG, destacam-se aqui:

Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; e Puerpério – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal (Regulamento n.º 127/2011, 2011, p. 8662).

Por fim, considera-se necessário enquadrar os sistemas de qualidade em saúde, que de acordo com a OE (2012), assume-se a qualidade em saúde como uma “tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local” (p. 6), cabendo a cada profissão envolvida definir os seus padrões de qualidade. Para o exercício profissional dos enfermeiros portugueses, compete ao Conselho de Enfermagem (CE) definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo em vista fomentar a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos (OE, 2012,

³⁶ Lei n.º 156/2015 - “Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8059)

³⁷ Regulamento n.º 127/2011 – define “O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica íntegra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.” (Regulamento n.º 127/2011, 2011, p. 8662)

p. 5). Bem como compete às instituições de saúde adequar os seus recursos, proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor de um exercício profissional dos enfermeiros de qualidade (OE, 2012, p. 7), reforçando-se aqui o anteriormente descrito por J. C. Lopes (2009), sobre a necessidade das organizações de saúde se ajustarem às necessidades de saúde dos seus clientes migrantes como é o caso das mulheres migrantes ao longo do seu ciclo reprodutivo.

Estão definidas seis categorias de enunciados descritivos que estabelecem a base padronizada da qualidade do exercício profissional que todos os enfermeiros devem respeitar, sendo estas: 1) a satisfação do cliente; 2) a promoção da saúde; 3) a prevenção de complicações; 4) o bem-estar e o autocuidado; 5) a readaptação funcional; e 6) a organização dos cuidados de saúde. Por sua vez, ao enfermeiro especialista ESMOG, cabe assegurar cuidados especializados, ao longo do período perinatal, nos contextos onde os clientes se encontram: instituições de saúde, domicílios ou comunidade (Regulamento n.º 127/2011, 2011).

Por tudo o que foi dito, assume-se no estudo, o entendimento da “Mulher” como a pessoa no seu todo, um ser social e único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, em inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, sendo este constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (Regulamento n.º 127/2011, 2011, p. 8662). E, numa perspetiva coletiva, a “Mulher” como grupo-alvo, “entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns” (p. 8662).

1.3 QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL

Nos processos de vida das pessoas, as mudanças podem acontecer de forma natural, por vezes de forma desejável e, outras vezes, como um impacto nas suas vidas. Com efeito, as pessoas experienciam períodos de transição em que podem ser ou não capazes de lidar ou terem capacidade de resolução para as mudanças que acontecem.

De acordo com Shumacher e Meleis (2010), os encontros entre a enfermeira e o cliente ocorrem, frequentemente, durante períodos transitórios de instabilidade precipitados por diferentes tipos de acontecimentos que surgem ao longo do percurso de vida das pessoas. Consideram as mesmas autoras, que as experiências de transição caem no domínio da enfermagem quando se referem à saúde, ou seja, quando os enfermeiros se deparam com pessoas em transição e que não conseguem gerir as mudanças que ocorrem ou que não conseguem cuidar delas próprias pondo em risco a saúde e o bem-estar.

Chick e Meleis (2010) definem transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (p. 25). Um conceito múltiplo que incorpora componentes de processo (sugerindo fases ou sequência, fluxo e desenvolvimento), de tempo (indicativo de um percurso, mas circunscrito ao fenômeno: início-desenvolvimento-términus) e percepção (em que os significados atribuídos aos acontecimentos de transição variam de pessoa para pessoa, comunidades e sociedades e que influenciam os resultados).

Neste sentido, a transição, reconhecida como um conceito comum nas teorias do desenvolvimento e nas teorias de stresse e adaptação, está invariavelmente relacionada à mudança e ao desenvolvimento. De acordo com a natureza das transições, Chick e Meleis (2010) consideram que sobrepostas às transições de desenvolvimento encontram-se outras formas de transição mais ligadas a eventos situacionais e de saúde-doença. Nesta lógica, a transição pode ser procurada deliberadamente pela pessoa, como são exemplo a gravidez ou a emigração, mas também pode ser iniciada por acontecimentos que vão para além do controle individual, como em caso de doença, acidente ou morte.

Com efeito, as experiências e respostas humanas, as consequências das transições no bem-estar e saúde das pessoas necessitam de ser conhecidas e têm vindo a tornar-se cada vez mais centrais na disciplina de enfermagem (Schumacher & Meleis, 2010). Meleis (2010b), propõe a transição como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem, ao considerar as transições como processos de movimento e mudança indispensáveis ao ser humano no sentido do seu desenvolvimento pessoal e que, muitas das vezes, requerem que este incorpore um novo conhecimento e adquira novas capacidades para alterar padrões de comportamento e, consequentemente, alterar o conceito de “si”, num determinado contexto social. Daí que, pessoas que vivem processos de transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2010).

Nesta perspectiva, reconhece-se à Enfermagem a importância de se saber como, quando, porquê e de que forma as pessoas experienciam e respondem às diferentes mudanças que ocorrem ao longo do seu percurso de vida (Schumacher & Meleis, 2010). A Enfermagem como disciplina e profissão, apresenta um corpo de conhecimento específico, bem definido e orientado por uma estrutura organizacional, mas em constante desenvolvimento, acompanhando os objetivos da profissão direcionados para o bem-estar e saúde das pessoas, grupos e comunidades, aos quais os profissionais de enfermagem fornecem cuidados de saúde (Alligood & Tomey, 2004).

Refletindo sobre uma prática baseada na evidência científica, o conhecimento é essencial para a tomada de decisão refletida na prática de enfermagem com consequências positivas quer para o cliente quer para os profissionais (Alligood & Tomey, 2004). É neste caminho, que a teoria de médio alcance das transições propõe aos profissionais de enfermagem ajudarem os seus clientes a gerir as transições ao longo do seu ciclo vital, perspectivando transições saudáveis para o alcance da maturidade e equilíbrio após a transição vivida (Chick & Meleis, 2010). Aos enfermeiros, cabe adquirirem conhecimentos sobre os processos de transição para que possam cuidar/apoiar os clientes a vivenciar/atravessar uma transição, prepará-los antecipadamente para transição ou impedir a experiências de transições com impacto negativo na saúde ou, ainda, ajudá-los a aprender novas habilidades relacionadas com as suas experiências de saúde/doença (Meleis & Trangenstein, 2010).

Refletindo sobre a teoria das transições, esta disponibiliza linhas de orientação que permitem interpretar as interações da pessoa-ambiente, em termos reais e potenciais, nos seus efeitos sobre a saúde, compreender a complexidade das transições, a vulnerabilidade que acompanha o todo dos processos de transição e as diferentes possibilidades de resposta às transições (Meleis et al., 2010). Na sua estrutura concetual identificam-se seis principais componentes que se articulam e relacionam: a natureza das transições no seu tipo e padrões; condições de transição facilitadoras ou inibidoras; indicadores de processo; indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem, como se observa na Figura 3.

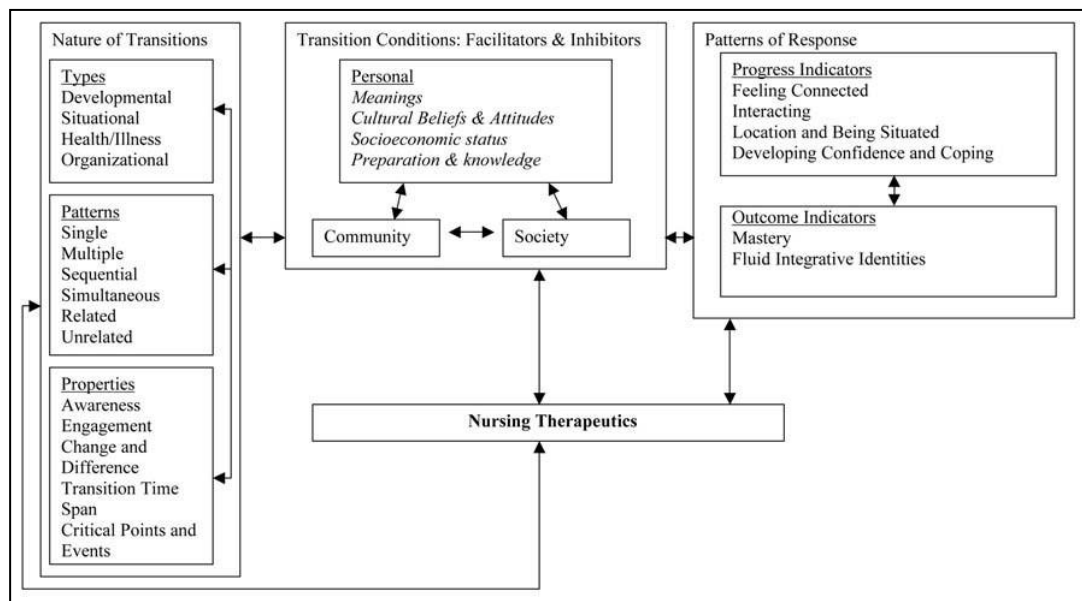


Figura 3. Transições: uma teoria de médio alcance

Fonte: De “Experiencing transitions: An emerging middle-range theory” de Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2010, *Transitions Theory. Middle-range and situations-specific. Theories in nursing research and practice*, p.56

No que diz respeito à natureza das transições, são identificados quatro tipos de transição, que comportam padrões de multiplicidade e complexidade, onde os enfermeiros estão envolvidos quando cuidam das pessoas e suas famílias: Transições de Desenvolvimento ou transições de vida como a adolescência, gravidez, parto, maternidade, menopausa, envelhecimento e morte; Transições Situacionais como a viuvez, mudanças geográficas (em particular as que envolvem transições culturais como a imigração), aposentadoria e cuidadores informais; Transições de Saúde/doença como as doenças agudas ou crônicas, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; e Transições Organizacionais como educação na Enfermagem, para as questões das transições no cuidar, novas políticas, procedimentos, práticas ou programas e mudanças de liderança (Meleis et al., 2010).

Nas experiências de transição várias propriedades foram identificadas como essenciais e que se encontram interrelacionadas num processo complexo, onde se inclui: Consciencialização (quando existe uma tomada de consciência da transição, ou seja, propriedade relacionada à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição pela pessoa que a vivencia); Envolvimento (o grau em que uma pessoa demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição); Mudança e diferença (apesar de todas as transições envolverem mudança, nem todas as mudanças estão relacionadas com transições, ou seja, as transições requerem

adaptação a novos papéis e situações); Período de tempo (caraterizador de um fluxo ou movimento ao longo do tempo); e, Pontos e eventos críticos (com marcadores mais evidentes nas transições associadas a acontecimentos identificáveis no percurso de vida das pessoas como o nascimento, a morte, a menopausa ou diagnóstico de uma doença e, noutras transições, os marcadores dos eventos são menos evidentes, exigindo a atenção, conhecimento e experiência da enfermeira) (Meleis et al., 2010, pp. 57-59).

Reconhecendo os seres humanos como seres ativos que têm perceções sobre as coisas e os acontecimentos e que lhes atribuem significados, no âmbito da saúde, para a compreensão das experiências dos clientes durante as transições torna-se necessário identificar: as condições pessoais (distinguindo-se os significados atribuídos aos eventos precipitantes de uma transição e ao longo do processo de transição; crenças culturais e atitudes associados à experiência de transição; *status* socioeconómico; e preparação antecipatória e conhecimento (requisitos facilitadores da experiência da transição); as condições na comunidade (os recursos comunitários devem ser identificados na particularidades das situações de transição experienciadas pelo cliente); e as condições sociais (como por exemplo, os significados estereotipados atribuídos a determinados eventos numa sociedade de acolhimento tendem a interferir negativamente no processo de transição saudável) (Meleis et al., 2010).

As transições referem-se tanto ao processo como ao resultado de interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais que uma pessoa e assenta num contexto e numa situação (Meleis & Trangenstein, 2010). Padrões de resposta são uma outra dimensão caraterizadora das transições, composta por indicadores de processo e indicadores de resultado. Porque as transições se desenvolvem num percurso temporal torna-se importante a identificação de indicadores de processo que conduzem o cliente na direção de saúde ou na direção da vulnerabilidade, pois permitem fazer uma avaliação inicial do risco e das intervenções de enfermagem promotoras de resultados de transição saudáveis (Meleis et al., 2010). Por exemplo, a mudança de um país para o outro leva a pessoa à transição que ocorre ao longo do tempo e é um processo com três fases, a primeira consiste no deixar ir a identidade antiga, a segunda no estar “preso” entre a velha e a nova identidade e a terceira no desenvolvimento de uma nova identidade. Um processo que impõe o risco de stress aculturativo (Samarasinghe, Fridlund, & Arvidsson, 2010, p. 243).

Quanto aos indicadores de resultado são identificados dois: mestria e identidades fluidas e integradoras. Os níveis em que estes resultados surgem podem refletir a qualidade de vida das pessoas que experienciam transições. Neste sentido, a realização saudável de uma

transição é determinada pela demonstração de mestria (domínio) de competências e comportamentos necessários para gerir as novas situações ou ambientes (Meleis et al., 2010).

Mercer (1986, 1995), citada por Alligood & Tomey (2004), na sua teoria da Consecução do Papel Maternal, explica os fatores que influenciam o desenvolvimento do papel maternal ao longo dos tempos e centra-se na consecução do papel maternal e paternal em diferentes populações. A transição para a maternidade, que envolve dois processos dinâmicos, de construção, desenvolvimento e de continuidade (Canavarro, 2001), é reconhecida como um dos acontecimentos major no percurso de vida da mulher, onde o tornar-se mãe envolve metas, comportamentos e responsabilidades de reestruturação para alcançar uma nova conceção do *self* num novo papel – o de mãe (Mercer, 2004, 2010). As transições que ocorrem podem ser facilitadas ou inibidas pelas condições pessoais da mulher, crenças e atitudes culturais, status socioeconómico, preparação e conhecimento e condições da comunidade e da sociedade. Assim, estabelecer uma identidade materna, ao tornar-se mãe, contribui para o desenvolvimento psicossocial da mulher (Mercer, 2004, 2010). É nesta perspetiva, que a teoria da Consecução do Papel Maternal de Mercer (1995) citada por (Meighan, 2004) legitima os enfermeiros como os profissionais de saúde com uma interação mais sustentada e intensa com as mulheres no ciclo da maternidade. O tipo de ajuda ou os cuidados que uma mulher recebe durante a sua gravidez e no primeiro ano de vida da criança podem ter efeitos a longo prazo para ambos.

Quanto ao indicador de resultado identidades fluidas e integradoras, as experiências de transição têm como consequência a reformulação da identidade. Os resultados do estudo de (Messias, 2010) mostram as identidades reformuladas dos imigrantes como fluídas e dinâmicas, em vez de estáticas e estáveis. Uma nova identidade caracterizada por ser bicultural, ao encontro das necessidades das mulheres migrantes nas situações que desencadeiam mudança de foco ou que incluam transições de desenvolvimento, situacional, doenças pessoais ou de familiares ou mudança de emprego.

Por fim, as terapêuticas de enfermagem refletem a diversidade das experiências de transição, na singularidade do cliente que as experiencia, e a complexidade e múltiplas dimensões que necessitam de ser identificadas, esclarecidas, desenvolvidas, testadas e avaliadas (Meleis et al., 2010). Neste sentido, consideram as autoras, que a mais importante razão de ser da enfermagem é o cuidado dos clientes/doentes, onde as terapêuticas de enfermagem permitem aos enfermeiros selecionar o tipo de ações mais produtivos e intervenções mais apropriadas para alcançar as metas desejadas de manutenção da saúde ou de promoção da saúde.

No campo da saúde dos migrantes, o grau de apego a coisas ou pessoas e a perda desses apegos pode afetar a saúde e a doença, se não forem considerados ou explorados pelos enfermeiros. Assim como, para diagnosticar e assistir os migrantes nas situações de saúde ou doença, os enfermeiros devem ser capazes de colocar as respostas dos migrantes no contexto de suas vidas, caso contrário, a compreensão e interpretação das suas respostas à saúde ou à doença poderão ser limitadas (Meleis, 2010a).

Leininger (1998, 2001), reconhecida na literatura como investigadora pioneira em Enfermagem na construção de modelos de competência cultural (Moita & A. L. Silva, 2016), na sua Teoria de Enfermagem Transcultural – a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, postula a necessidade de se valorizar nas situações do cuidar em Enfermagem e em igualdade de circunstâncias, as especificidades culturais de quem cuida e de quem é cuidado. Proporcionar cuidados culturalmente congruentes e comparativos surgiu como um grande contributo para a humanidade, enfermagem e profissionais de saúde, onde conceitos maiores sobre enfermagem transcultural, princípios, teorias, e pesquisa empírica começaram a orientar os cuidados de enfermagem em várias culturas. A Enfermagem Transcultural tornou-se num novo paradigma e num novo caminho para o conhecimento e prática, que tem estimulado o pensamento e as ações dos enfermeiros, considerado por muitos, como o mais significativo desenvolvimento no séc. XX e imperativo para o séc. XXI (Leininger & McFarland, 2006).

Por sua vez, Abreu (2008) observa a enfermagem transcultural como uma área transversal do conhecimento da Enfermagem, que possibilita aos enfermeiros sensíveis à diferença cultural mobilizar esse conhecimento na identificação das necessidades de saúde do cliente, como na seleção das intervenções mais adequadas. Para o efeito, cabe aos enfermeiros adquirir formação sobre diversos conceitos propostos em modelos de enfermagem, direcionados para as intervenções de enfermagem culturalmente competentes.

Moita e A. L. Silva (2016), pela análise dos modelos de competência cultural, na sua relação com os conceitos que os constituem, a prática e a formação em Enfermagem, revelaram a importância de se identificar a perspectiva da cultura em que cada modelo se fundamenta. Constataram, que a maior parte das teorias e modelos de competência cultural refletem uma visão essencialista da cultura, numa referência mais homogénea, estática dos grupos culturais tendo por base a sua etnicidade (Albarran et al., 2011 citado por Moita & A. L. Silva, 2016, p. 80). Um posicionamento que tem levado à crítica pelos que defendem uma perspectiva construtivista da cultura (Blanchet, Garneau & Pepin, 2015a, citados por Moita & A. L. Silva,

2016), face às novas realidades sociais e dinâmicas que acontecem, “simultaneamente, dentro das próprias comunidades, entre comunidades e entre as comunidades e outras instituições da sociedade” (p. 74), e que levam à diferença dos significados culturais entre grupos e dentro dos próprios grupos. Nesta perspetiva, a pessoa deve ser compreendida no contexto social onde vive e interage, a sua individualidade nas situações de saúde e doença devem ser analisadas com base na construção social que foi sendo desenvolvida no seu percurso de vida e não como o resultado de comportamentos ou crenças atribuídas ao grupo étnico a que pertence.

O conceito de competência cultural, na Enfermagem, emergiu de Leininger (1995), apesar de ser a definição Campinha-Bacote (1999) a que mais surge na literatura (Blanchet Garneau & Pepin, 2015 citados por Moita & A. L. Silva, 2016). Campinha-Bacote define a competência cultural como um processo em desenvolvimento que os profissionais de saúde elaboram para adquirirem capacidade e disponibilidade para intervenções efetivas e enquadradas no contexto cultural da pessoa, família ou comunidade. O Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote envolve 5 constructos estruturais: consciência cultural, habilidade cultural, conhecimento cultural, desejo cultural e encontro cultural (Campinha-Bacote, 2002).

Moita e A. L. Silva (2016), observaram que não existe uma definição de competência cultural universalmente aceite, apesar dos estudos analisados pelas autoras apontarem para a presença de quatro atributos (sensibilidade cultural, a consciência cultural, o conhecimento cultural e a habilidade cultural) na maioria dos modelos de competência cultural ou instrumentos de avaliação cultural (Shen, 2014 citada por Moita & A. L. Silva, 2016).

O cuidado de enfermagem, no âmbito da saúde materna, está centrado no bem-estar, na autonomia e na tomada de decisão concertada e responsável por parte da mulher/mãe, tanto nos cuidados que realiza a si própria como à criança. Neste sentido, face ao objeto do estudo, torna-se essencial desenvolver um cuidado materno centrado na singularidade da pessoa e culturalmente adequado.

1.4 A PERSPETIVA DA MULHER MIGRANTE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL AO PÓS-PARTO

Partindo da necessidade de se conhecer o estado de arte sobre mulheres migrantes recetoras de cuidados de enfermagem durante a vigilância pré-natal ao pós-parto num país de acolhimento, realizou-se uma revisão sistemática da literatura (RSL) com o objetivo de

identificar estudos primários em que as participantes fossem as mulheres migrantes receptoras de cuidados de enfermagem.

Neste subcapítulo apresenta-se uma síntese da RSL efetuada (Santiago & M. H. Figueiredo, 2013)³⁸, expondo-se a evidência científica que proporcionou ao investigador a compreensão mais ampla do fenómeno a investigar, através da análise de diversas abordagens e dimensões em que este foi estudado, no friso cronológico em que incidiu a pesquisa.

Os principais resultados dos 11 estudos incluídos nesta RSL apresentados de seguida, reportam aspetos caracterizadores de cada estudo, das participantes e da análise e comparação dos estudos, com enfoque nos períodos pré-natal e pós-parto.

No friso cronológico em que incidiu a pesquisa (2000 a 2011), a maioria dos estudos (seis) foi realizado entre os anos 2006 e 2009 e eram provenientes dos EUA (seis); entre os restantes, dois eram do Canadá, dois de Taiwan e um da Austrália.

A maioria dos estudos (seis) se enquadrava no paradigma indutivo, utilizando metodologia qualitativa, quatro num paradigma dedutivo, com metodologia quantitativa e um adotou uma metodologia mista. Entre eles, três estudos foram transversais, quatro exploratórios e um descritivo.

Todos os estudos tinham como enfoque a identificação das necessidades de saúde das mulheres imigrantes durante a maternidade no país de acolhimento, sendo a maioria (seis) restrita ao pré-natal, dois ao pós-parto e três abrangiam os dois períodos.

Entre os diferentes métodos de colheita de dados, a entrevista foi o mais utilizado (seis), seguindo-se o questionário (cinco), em que num dos estudos foi utilizado como complemento da entrevista; a observação participante (dois) em conjunto com a entrevista e um estudo utilizou grupos focais. A linguagem usada pelos pesquisadores durante a colheita de dados dependeu do histórico dos participantes e da capacidade para comunicar no idioma do país anfitrião, verificando-se a utilização de entrevistas e questionários em diferentes idiomas. Dois estudos voltados para o período pós-parto utilizaram escalas como instrumentos de colheita de dados (Goyal, Murphy, & Cohen, 2006; Sword, Watt, & Krueger, 2006).

No que diz respeito aos contextos de colheita de dados, predominou o contato direto (face a face) com os participantes, em sua residência (quatro) e centros de saúde (cinco) ou por telefone (três).

³⁸ Este subcapítulo corresponde a uma resenha do artigo de Revisão Sistemática da Literatura publicado e para facilitar a leitura e compreensão, optou-se por apenas referenciar os autores em momentos considerados oportunos.

Nos diferentes estudos observou-se que maioria se relaciona com grupos étnicos de determinadas áreas geográficas, quatro estudos dos EUA focados em grupos étnicos da América Latina e dois estudos de Taiwan relatando grupos étnicos do sudeste asiático, que de acordo como autores, a falta de conhecimento e evidência científica, associadas ao fluxo significativo de entrada destas populações nos seus países geraram a motivação para os estudos.

Em relação à média de idades das participantes, as mulheres mais jovens eram afro-americanas, com idade média de 19,5 anos (Peacock, Kelley, Carpenter, Davis, Burnett, & Chavez, 2001) e as mulheres mais velhas eram japonesas, com média de idade 32,9 anos (Yeo, Feters, & Maeda, 2000); a duração do tempo de residência no país de acolhimento variou entre 2 meses a 10 anos; as participantes com os níveis mais baixos de escolaridade encontravam-se entre os grupos do sudeste asiático e hispânico, e as com níveis mais elevados eram nepalesas (Rolls & Chamberlain, 2004); as mulheres imigrantes eram geralmente casadas ou coabitavam.

Entre os 11 estudos, três tiveram participantes que estavam grávidas, seis no pós-parto e dois com participantes em ambos os períodos. Entre as participantes que engravidaram cedo durante o casamento, a maioria pertencia ao grupo étnico do sudeste asiático.

O status de emprego variou entre as mulheres nesses estudos. Foi observado que todas as mulheres muçulmanas eram mães que ficavam em casa (Reitmanova & Gustafson, 2008) e que a maioria das mulheres do sudeste asiático (vietnamitas) não trabalhava (Lee, Yin, & Yu, 2009).

A análise e comparação dos principais resultados dos estudos direcionados para o período pré-natal fez emergir quatro áreas principais: as características sociodemográficas das mulheres imigrantes no país de destino, que foram sumariamente descritas anteriormente; fatores influenciadores determinantes no pré-natal; conhecimentos e comportamentos em relação à gravidez; e a experiência das mulheres durante o pré-natal, que se descrevem de seguida.

Fatores influenciadores determinantes no período pré-natal

Observou-se que as mulheres imigrantes do sudeste da Ásia, especialmente do Vietnam, iniciaram a vigilância pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e seguiram a calendarização recomendada pelo país anfitrião (Lee et al., 2009). Outros estudos mostraram resultados menos favoráveis, em termos de início e frequência adequada da vigilância pré-natal (Lin, Shieh, & Want, 2008; Peacock, et al., 2001).

As mulheres imigrantes referiram os seguintes fatores como influenciadores dos comportamentos de saúde durante a gravidez experienciada no país anfitrião: barreira

linguística, adaptação à vida no novo país, consciência da importância da vigilância pré-natal, emoções negativas (solidão), acessibilidade aos serviços de saúde e falta de informação e respeito dos profissionais de saúde em relação aos seus costumes e práticas culturais.

Conhecimentos e comportamentos em relação à gravidez

As participantes do Sudeste Asiático estavam entre as mulheres imigrantes que expressaram menos conhecimentos sobre gravidez e falta de consciência sobre os sinais característicos, sintomas e advertências. A falta de conhecimento estava relacionada com a primeira gravidez a acontecer em idades mais jovens (Lee et al., 2009; Lin et al. 2008), manifestando-se falta de conhecimentos sobre nutrição adequada (Li net al., 2008) e experiência inadequada com autocuidado e uso de medicação (Lin et al., 2008; Griffiths & Kuppermann, 2008).

Outros fatos realçados foram a falta de planeamento da gravidez nas mulheres do Sudeste Asiático, que frequentemente tiveram filhos logo após o casamento (Lee et al., 2009; Lin et al., 2008), as afro-americanas, que muitas vezes eram mães solteiras (Peacock, et al., 2001) e a influência das crenças culturais nos comportamentos das mulheres grávidas imigrantes, como o uso de alfinetes de proteção ou amuletos por imigrantes hispânicos ou latinos e a associação de defeitos congênitos com o destino, acaso, influência divina ou fenômenos naturais (Griffiths & Kuppermann, 2008).

Experiências das mulheres durante o pré-natal

Pela compreensão dos relatos das mulheres imigrantes sobre as suas experiências durante o período pré-natal, identificaram-se fatores condicionantes e/ou de satisfação salientando-se:

- a barreira da língua surgiu como o fator chave em todas as experiências relatadas, especialmente entre imigrantes viver um curto período de tempo no país de acolhimento, nas com baixos níveis de aculturação (Griffiths & Kuppermann, 2008; Reitmanova & Gustafson, 2008);
- fatores que influenciavam negativamente a vigilância pré-natal adequada como o tempo de espera para a consulta, horário de funcionamento, requisitos para obtenção de seguro de saúde e falta de informações sobre as diferentes práticas de saúde durante a gravidez (rastreios pré-natais ou classes pré-natais existentes); e, ao conjugar-se com a barreira da língua, a dificuldade das mulheres imigrantes em compreenderem as informações dadas por profissionais de saúde, assim como, para expressar suas dúvidas, preocupações e sintomas;

- fatores na satisfação e com influência na vontade de continuar a vigilância pré-natal como a necessidade de que os médicos e enfermeiros entendam as suas crenças, costumes e práticas culturais, com relatos de mulheres imigrantes muçulmanas e espanholas de terem experienciado discriminação, insensibilidade e falta de conhecimento da sua religião e práticas culturais durante o período pré-natal (Shaffer, 2002; Reitmanova & Gustafson, 2008) e por ouvirem comentários inadequados por parte dos profissionais de saúde (Shaffer, 2002).

Numa posição oposta ao até então referido, encontram-se as mulheres imigrantes nepalesas, ao revelaram apreciar o sistema de saúde australiano, suas instalações, equipamentos e tecnologia, acreditando que esses fatores contribuíram para a qualidade da sua saúde e de suas famílias (Rolls & Chamberlain, 2004); as mulheres imigrantes japonesas consideram os médicos americanos menos autoritários que os japoneses e mais humanos, as enfermeiras amigas, apoiando com conhecimentos e prestando cuidados individualizados/humanizados (Yeo et al., 2000).

Na análise e comparação dos principais resultados dos estudos com enfoque no período pós-parto, dois pontos surgiram como proeminentes: as necessidades, acessibilidade e cuidados de saúde recebidos e a incidência de sintomas de risco de depressão pós-parto.

Necessidades, acessibilidade e cuidados de saúde recebidos

Os dados foram precisos nas particularidades que as mulheres imigrantes indicaram durante o período pós-parto, tais como:

- a necessidade de apoio social e emocional dos profissionais de saúde, particularmente nas primeiras semanas; a necessidade de conhecimento e apoio financeiro; a necessidade de dormir, relaxamento e auxílio à criança durante a internamento hospitalar, verificando-se uma assistência de enfermagem variável (Reitmanova & Gustafson, 2008);
- no domicílio, as mesmas necessidades foram mencionadas, relatando-se a procura de apoio de redes sociais informais (comunidade de imigrantes, amigos e vizinhos) devido à falta de assistência médica e de informação sobre cuidados pós-parto e pela falta de apoio familiar, sendo este apoio considerado importante para mulheres de diferentes etnias;
- as questões culturais, crenças e valores tornam-se mais acentuados durante o período pós-parto, pela segurança sentida com as práticas de autocuidado e puericultura aprendidas e realizadas no país de origem (Reitmanova & Gustafson, 2008). A dualidade de atitudes e comportamentos entre os ensinamentos culturais das próprias mulheres e o aconselhamento/orientação dado pelos profissionais de saúde, levavam as mulheres imigrantes

a optarem pelos seus costumes e a sentirem-se menos satisfeitas com os cuidados de saúde pós-parto recebidos no país de acolhimento (Yeo et al., 2000; Reitmanova & Gustafson, 2008)

A incidência de sintomas de risco para depressão pós-parto

Em termos de necessidades de saúde durante o pós-parto, os dois estudos centrados no período pós-parto revelaram que as mulheres imigrantes, quando comparadas com as mulheres autóctones, tendem a um pior estado de saúde geral com scores da EPSD (Escala de depressão pós-parto de Edimburgo) sugestivo de possível depressão pós-parto (Sword et al., 2006), sendo que determinados grupos étnicos têm maior tendência para a sintomatologia de depressão no pós-parto, como é o caso das mulheres oriundas da Índia asiática (Goyal et al., 2006).

Da análise de fatores influenciadores do comportamento de saúde das mulheres imigrantes durante a gravidez e pós-parto, identificaram-se fatores socioeconómicos que, quando negativos, influenciavam a qualidade de saúde das mulheres imigrantes pelo uso inadequado dos serviços de saúde; as questões culturais apresentaram maior expressão em mulheres com baixos níveis de aculturação que, pela barreira da língua ou pelas relações interpessoais menos positivas com profissionais de saúde revelaram não estar satisfeitas com os serviços de saúde e aderiam menos aos cuidados de saúde recomendados no país anfitrião, durante a gravidez e no pós-parto.

Os resultados permitiram a identificação de lacunas nas relações interculturais estabelecidas, pela frequente diminuição de competências culturais dos profissionais de saúde, mas também, pela falta de respeito pela identidade cultural das mulheres imigrantes.

Constatou-se, ainda, uma diversificada e atualizada bibliografia, na maioria dos estudos, possibilitando uma visão consistente da vulnerabilidade e riscos de saúde das mulheres imigrantes durante o período da maternidade; e que, numa organização multicultural de saúde, o cuidado deve encorajar e potencializar as diferenças culturais, onde a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres imigrantes durante a gravidez ao pós-parto detém uma influência significativa na relação terapêutica estabelecida e na qualidade dos resultados de saúde.

Como contributos para a prática, considerou-se que os cuidados de saúde durante o pré-natal e o pós-parto devem ser mais proactivos, com o desenvolvimento de novas estratégias quer ao nível da relação interpessoal entre enfermeira e mulher imigrante, quer ao nível das instituições de saúde, no sentido da resposta às expectativas declaradas pelas participantes.

Com efeito, a saúde das mulheres continua sendo um dos principais desafios de saúde pública nos níveis regional e global, estando cada vez mais evidente uma prática da enfermagem

em saúde materna orientada para famílias gestantes de diferentes idades, etnias, culturas, língua, estrato social e situação marital. Aos enfermeiros é-lhes exigido a competência intercultural que lhes possibilite intervir adequadamente face às diversas alterações das prioridades de saúde encontradas nos variados contextos culturais das famílias gestantes ou no exercício da maternidade.

Compreende-se que cada sociedade, no seu enquadramento sociocultural e temporal, influencia, orienta e condiciona o comportamento da mulher face à gravidez e maternidade, tornando o processo de maternidade, num objeto de práticas culturais, económicas e sociais diversas e que se expressam consoante os contextos culturais (Fidalgo, 2003; Parreira et al., 2016). Por sua vez, o processo migratório, que envolve mudanças, adaptações e reajustamentos psicossociais, emocionais, culturais e, muitas vezes, vivenciado com precárias condições económicas, quando coincidente na vida das mulheres migrantes com a gravidez e maternidade, outros dois processos dinâmicos, de construção, desenvolvimento e de continuidade, podem desencadear riscos em saúde, especialmente nos primeiros anos de migração (N. Ramos, 2006, 2012).

Como já tem sido referido, a literatura tem mostrado que as mulheres migrantes tendem a recorrer menos aos serviços de saúde para a vigilância pré-natal e após o parto, um comportamento que tende a aumentar as situações de risco e patologias tanto para a gestante como para a futura criança. Na perspetiva dos profissionais de saúde portugueses, as diferenças culturais influenciam o modo como as pessoas lidam e gerem a sua saúde. Reis (2015), no seu estudo centrado no processo de construção de competências culturais nos enfermeiros na prestação de cuidados a cidadãos imigrantes, tendo como participantes no estudo enfermeiros e imigrantes, concluiu que, no contexto multicultural de cuidados os enfermeiros identificaram dificuldades e mais-valias durante a prática clínica. Como dificuldades surgiram: “as diferentes conceções de saúde e de doença” (p. 242), estando diretamente relacionadas com a consciência que cada enfermeiro tinha das suas próprias conceções; e “o sentimento de frustração nos enfermeiros” (p. 244), especialmente associado à barreira da língua. Como mais-valias identificaram-se: “olhar para ‘lá’ das diferenças” (p. 243), resultando do desenvolvimento de uma relação de confiança, promotora da individualização dos cuidados prestados; e “a capacidade de gestão da imprevisibilidade” (p. 244), adquirida com a experiência profissional. Também Santiago (2009), no seu estudo direcionado a profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência de saúde de mulheres migrantes, durante os períodos de gravidez e primeiros tempos da maternidade, em contexto de CSP, concluiu que estes profissionais

estavam conscientes e sensibilizados para “as novas exigências multiculturais” (p. 227), evidenciado na necessidade de identificação do comportamento cultural materno e sua influência no desempenho da maternidade e por este conhecimento proporcionar “a aproximação da cultura do outro” (p. 223), visando um adequar das intervenções junto das mulheres migrantes. No entanto, a imposição cultural do profissional de saúde ia surgindo como forma de colmatar as inseguranças, a falta de informação e de competências culturais (p. 227).

E, porque, pelo percurso pessoal e profissional que temos procurado amadurecer, a nossa reflexão e conhecimento enquanto investigadoras, permite-nos dizer que a imposição cultural do enfermeiro é, muitas das vezes, um agente dificultador na satisfação das necessidades de saúde e na promoção da saúde materna, durante a experiência da maternidade de cada mulher imigrante (Santiago, 2009). Surge assim a pergunta de investigação:

Qual a perspectiva da mulher migrante sobre a interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto?

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas estabelecidas para o desenvolvimento do estudo, fazendo-se referência ao tipo de estudo, método, participantes, considerações éticas e etapas no processo de investigação: colheita e tratamento de dados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

A necessidade de um desenho de estudo integrado no paradigma interpretativo, resultou da pergunta de investigação: *Qual a perspectiva da mulher migrante sobre a interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto?*

Trata-se de uma pergunta de investigação com enfoque nas realidades humanas e não nas realidades concretas dos objetos (Boyd, 2001 citado por Streubert, 2013, p. 21), na procura da compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências, ações e intenções e ao modo como cada um, em particular, se relaciona com o contexto e momento em que o fenómeno em estudo se processa (Flick, 2005, 2013; Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Assume-se, assim, o paradigma interpretativo que parte da premissa de que a realidade individual ocorre num processo dinâmico, onde o conhecimento que se adquire é contextualizado no meio sociocultural em que o indivíduo participa ativamente (Fortin et al., 2009). Nesta lógica, as pessoas vivem e experienciam a vida de maneiras distintas e, num compromisso com o ponto de vista dos participantes, devem-se considerar as múltiplas realidades ou perspetivas (Streubert, 2013) atribuídas pelos diversos “atores” envolvidos num determinado fenómeno (Flick, 2005).

Optou-se por um estudo onde os procedimentos fundamentais de colheita e interpretação dos dados e apresentação de achados são melhor descritos e compreendidos numa ótica de processo, pela preferência dada aos dados e ao campo de estudo em contrapartida aos pressupostos teóricos. O contexto local e temporal é valorizado pela influência que detém no modo como as pessoas veem, compreendem e agem nas situações onde o fenómeno acontece, ou seja, as inter-relações são descritas num contexto

específico e interpretadas em relação a ele (Flick, 2005, 2013; Fortin et al., 2009; Streubert & Carpenter, 2013).

Pelo referido, demarca-se uma característica comum da investigação qualitativa, sendo esta a reflexão e interação constante do investigador ao longo do processo de investigação, visto que, tanto a subjetividade dos participantes no estudo como a subjetividade do investigador na interpretação dos dados colhidos e analisados são parte explícita da produção do saber (Flick, 2005, 2013; Streubert & Carpenter, 2013). Ou seja, a realidade social estudada é construída por diversos atores ou intervenientes.

Sublinha-se, ainda, que a compreensão dos comportamentos humanos a partir dos pontos de vista das pessoas, dos seus quadros de referência e pelo contacto direto com a situação e contexto onde os participantes atuam, caracterizam o conhecimento produzido como transferível (não generalizável) para situações semelhantes. E, devido à multiplicidade e à variedade de contextos e de características das pessoas, os resultados são vistos com carácter provisório, passíveis de serem melhorados, aprofundados ou reconfirmados (E. M. Fernandes & Maia, 2001).

Visando a resposta à pergunta de investigação colocada determinaram-se como objetivos: Identificar elementos caracterizadores da interação entre a mulher migrante e o enfermeiro e explorar os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto num contexto migratório.

Pretendeu-se, assim, através de uma teoria substantiva³⁹, produzir conhecimento sobre o modo como a mulher migrante vivencia a interação com o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto em contexto de saúde português e contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem mais ajustada à mulher migrante a vivenciar a experiência da gravidez e/ou maternidade em Portugal.

³⁹Glaser e Strauss (1967), identificam como *teoria substantiva*, aquela que integra um processo analítico com a construção de categorias conceituais emergentes e suas propriedades, fundamentadas nos dados e que é relevante para uma área *substantiva*. Difere da *teoria formal*, por esta ser mais ampla e aplicável a mais de uma área *substantiva*.

2.2 A GROUNDED THEORY NA PERSPETIVA CONSTRUTIVISTA DE KATHY CHARMAZ

A *Grounded Theory* surgiu com os seus criadores sociólogos Glaser & Strauss (1967), ao pretenderem a construção de explicações teóricas abstratas dos processos psicossociais básicos envolvidos numa área de interesse (Carpenter, 2013b). Um método com origem nos princípios do Interacionismo Simbólico, com enfoque no indivíduo inserido na sociedade, que pretendia atribuir um estatuto importante ao viver das situações, ao contexto e às circunstâncias em que as relações interpessoais acontecem (Charmaz, 2006, 2009, 2014).

Grounded Theory revela-se como uma abordagem onde os conceitos emergentes construídos pelo investigador provêm da interpretação dos dados, gerando-se uma teoria orientada por um raciocínio indutivo, assente no real e “fundamentada” nas experiências dos participantes (Charmaz, 2006, 2009, 2014). Uma teoria que se constrói na descoberta do que ocorre nos ambientes de pesquisa, onde o investigador analisa o modo com os participantes relatam as suas experiências e ações, assim como questiona a compreensão do que é relatado (Charmaz, 2009, p. 15); o investigador desenvolve ligações teóricas entre os conceitos ou dimensões identificadas de modo a explicar o fenómeno em estudo (Carpenter, 2013b, p. 123).

Com efeito, o recurso à estratégia indutiva, é um reflexo das rápidas mudanças sociais e consequente diversidade de “universos de vida”, onde as metodologias dedutivas tradicionais fracassam na diferenciação dos assuntos. Assim, em vez de se partir das teorias para o trabalho de campo, o que a estratégia indutiva requer são “conceitos sensibilizadores” para o estudo dos contextos sociais (Flick, 2005, p. 2). Dito de outro modo, todo o conhecimento prévio que o investigador detém sobre o fenómeno em estudo permite-lhe uma sensibilidade teórica que, por sua vez, funciona como auxílio na construção da teoria, não devendo por isso, ser interpretado como um raciocínio dedutivo (Charmaz, 2006, 2009, 2014).

De acordo com os seus criadores Glaser e Strauss (1967), a *Grounded Theory* tem como critérios a cumprir o ter um ajuste adequado aos dados, ter utilidade nas áreas substantivas de interesse, ter densidade conceitual, durabilidade ao longo do tempo, ser passível de alterações e apresentar poder explicativo (Carpenter, 2013b). A reflexão constante que é exigida ao investigador, quer em relação ao processo de investigação, no

seu todo, quer na interligação de cada um dos seus passos – denominada de “circularidade do processo”, é vista como uma característica fundamental e um dos pontos fortes deste método (Flick, 2005, 2013).

A vasta aplicabilidade deste método tem permitido que seja adotado e adaptado internacionalmente a uma grande variedade de disciplinas, incluindo a enfermagem (Carpenter, 2013b), ao permitir a exploração de questões relevantes à condição humana, fornecendo orientações concretas nas abordagens interpretativas (Charmaz, 2006), ajudando “os enfermeiros a compreenderem como os indivíduos e as suas famílias passam pelos grandes acontecimentos da vida”, nomeadamente no que diz respeito às “adaptações de enfermagem e intervenções, bem como estados de transições e grupos de pessoas vulneráveis” (Carpenter, 2013b, pp. 123-124).

Ao longo dos anos, a *Grounded Theory* tem vindo a desenvolver-se em termos teóricos e a modificar-se em termos metodológicos, mas mantendo de base um dos campos de abordagem em que a *Grounded Theory* foi consequentemente dividida pelos seus criadores: a *Grounded Theory Glaseriana* ou Clássica - abordagem de Glaser e a *Grounded Theory Straussiana*⁴⁰ - abordagem de Strauss e Corbin (Carpenter, 2013b).

A escolha da metodologia para o estudo consolida-se com o modo como Charmaz (2006) concebe a *Grounded Theory* construtivista, descrevendo-a como um “método emergente” representando-o como “indutivo, indeterminado e aberto” (Charmaz, 2008, p. 155). Uma perspectiva assente nos fundamentos do Interacionismo Simbólico, argumentando Charmaz (2009) que a *Grounded Theory* “serve como um modo de aprendizagem sobre os mundos que estudamos e como um método para a elaboração de teorias para compreendê-los.” (p. 24), colocando o investigador como parte do mundo que estuda e dos dados que colhe, pois “qualquer versão teórica oferece um retrato interpretativo do mundo estudado e não um quadro fiel dele.” (p. 25), não só pela

⁴⁰As diferenças entre estas duas abordagens têm sido largamente discutidas na literatura. Num enquadramento sucinto da abordagem escolhida, citando Carpenter (2013b, p. 127), destacam-se na *Grounded Theory Straussiana* os seguintes pontos: Epistemologia - permite ao investigador a compreensão dos dados através da revisão da literatura; Pergunta de investigação - é formulada; Considerações éticas - as entrevistas podem ser transcritas, assegurando-se a confiabilidade e a segurança dos dados; Colheita dos dados - sugeridas as entrevistas não estruturadas e, de acordo com Charmaz (2009, p. 46), a estrutura da entrevista pode variar entre uma exploração superficialmente orientada por tópicos a perguntas focais semiestruturadas, pelo interesse e vontade de se saber mais sobre as experiências relatadas; Análise dos dados - favorece a utilização dos programas informáticos, possibilitando na construção de pesquisa “utilizar as diretrizes básicas da teoria fundamentada com os pressupostos e as abordagens metodológicas do século XXI.” (Charmaz, 2009, p. 23); Resultados - a análise dos dados, no mínimo, resulta em temas e conceitos; Avaliação - para além dos critérios comuns aos seus criadores, destacam-se nesta abordagem a sensibilidade e a evidência dos memos (Carpenter, 2013b, p. 127).

interação que o investigador estabelece com os participantes, como pelo desenvolvimento das análises interpretativas que realiza.

Reportando-se ao fenómeno de estudo, este focaliza-se na mulher migrante que experiencia a gravidez e o pós-parto num contexto sociocultural diferente do seu, mais concretamente, em contexto de saúde português onde efetua a vigilância pré-natal e a vigilância de saúde após o parto.

Esta abordagem metodológica permitiria a compreensão da interação que a mulher migrante estabelece com o enfermeiro durante a sua vigilância de saúde e do feto/criança, na perspectiva de quem a experiencia, entendimento este, que possibilitaria reconstituir os significados atribuídos aos cuidados de saúde recebidos, à própria interação com o enfermeiro, às suas ações e ao contexto de cuidados onde essa interação aconteceu e uma construção da realidade gerada.

2.2.1 Instrumento de colheita de dados

2.2.1.1 Entrevista intensiva ajustada à Grounded Theory

A entrevista intensiva, pode ser entendida como uma conversa direcionada que, se por um lado permite ao investigador uma análise detalhada de um tópico específico ou de uma experiência vivida (Lofland & Lofland, 1995 citados por Charmaz, 2009), por outro lado, facultar-lhe uma colheita de dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, com expressão de sentimentos, descrição das situações e elucidação de detalhes, que permitem compreender a significação de um acontecimento ou fenómeno vivido pelos próprios sujeitos (Fortin et al., 2009).

Neste sentido, a entrevista intensiva representa um instrumento privilegiado para a investigação interpretativa, onde se estabelece uma comunicação próxima entre o entrevistador e o entrevistado, com a particularidade de que a informação obtida depende do que o próprio entrevistado consente fornecer (Fortin et al., 2009). E, em que tanto o entrevistador como o entrevistado são reconhecidos como sujeitos racionais e com capacidades cognitivas para identificar os seus papéis de forma aberta e transparente, face ao objetivo da interação estabelecida no momento da entrevista (Guerra, 2006). Assim, cabe ao entrevistador elaborar a entrevista com questões não valorativas, que podem

variar entre questões abertas, vagamente orientadas por tópicos, a questões focais semiestruturadas e escutar, ouvir com sensibilidade e estimular o participante a responder, descrevendo e refletindo sobre as suas experiências (Charmaz, 2009, p. 46).

Refere a mesma autora, que a entrevista intensiva “adapta-se de forma positiva aos métodos da teoria fundamentada (...) em que ambos (...) são abertos, ainda que orientados, determinados, ainda que emergentes e cadenciados, ainda que irrestritos.” (Charmaz, 2009, p. 50). Particularizando, um pouco, cada uma destas características, as perguntas elaboradas refletem os princípios do Interacionismo Simbólico, numa exploração irrestrita e detalhada da perspectiva da pessoa e suas ações, sobre um determinado aspeto da sua vida que experienciou e ao qual atribui um determinado significado. Cabe ao entrevistador procurar esse conhecimento, utilizando uma técnica flexível e emergente, através de um esboço prévio dos tópicos ou questões amplas sobre o assunto a explorar, mas aproveitando as ideias ou aspetos que surjam durante a entrevista, relatados pelos entrevistados.

Em conformidade com o anteriormente descrito, os métodos da *Grounded Theory* “exigem que os pesquisadores assumam o controle da coleta de dados (...) um maior controle analítico sobre a matéria que dispõem”, visando descobrir o que acontece desde o início da pesquisa (Charmaz, 2009, p. 50). No entanto, especifica a autora, a entrevista intensiva ajustada à abordagem da *Grounded Theory* restringe “a variedade dos tópicos de entrevista a fim de coletar dados específicos para a elaboração dos nossos esquemas teóricos, conforme prosseguimos com a realização das entrevistas” (p. 51).

Na procura de compreender as vivências das mulheres migrantes na interação que estabeleceram com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, em contexto de saúde português, optou-se pela entrevista intensiva ajustada à *Grounded Theory*, como método único de colheita de dados. Considerou-se assim, que a entrevista detalhada possibilitaria às investigadoras explorar os tópicos de interesse e, no papel de entrevistadora, manifestar o interesse pelo assunto relatado, solicitar detalhes esclarecedores para obter informações precisas, procurando adaptar-se à experiência das participantes. Por sua vez, permitir às participantes do estudo articular as suas próprias intenções e significados relacionados com os processos por elas vividos durante a relação com os enfermeiros, aquando da vigilância pré-natal e no pós-parto.

Na concepção do guião de entrevista intensiva ajustada à *Grounded Theory* (Apêndice A)⁴¹ teve-se em consideração, por um lado, os princípios ou elementos estruturais mais eficazes para a condução da entrevista e, por outro lado, considerou-se a sensibilização teórica adquirida, nomeadamente, pelo estudo realizado (Santiago & M. H. Figueiredo, 2013), com o objetivo de identificar estudos primários em que as participantes fossem as mulheres imigrantes clientes de cuidados de enfermagem, durante a vigilância pré-natal e no pós-parto, no país de acolhimento.

Relativamente ao primeiro ponto, o guião de entrevista contemplou questões suficientemente abertas ou gerais, para explorar um determinado tópico numa variedade de experiências individuais e, questões suficientemente restritas, para delas se “extrair e elaborar a experiência específica do participante” (Charmaz, 2009, p. 51). Assim, as questões foram agrupadas em: questões abertas iniciais; questões intermédias e questões finais. Pretendeu-se, deste modo, cumprir quatro princípios orientadores descritos pela autora, sendo estes: assegurar o nível de bem-estar dos participantes, sendo este prioritário à obtenção de dados produtivos; dar atenção rigorosa ao momento de aprofundamento dos dados, em particular, quando o participante parecer estar a reviver sentimentos em relação à situação relatada; compreender a experiência a partir do ponto de vista da pessoa e validar com ela o seu significado; e, por último, conduzir as questões de finalização da entrevista para um nível positivo, visando um nível normal de conversação após um período de questões minuciosas e provavelmente delicadas (p. 51 e 52).

Quanto ao segundo ponto, consideraram-se os fatores descritos decorrentes da RSL, que permitiram identificar fatores que influenciaram o comportamento de saúde das mulheres imigrantes de determinados grupos étnicos durante os períodos de gravidez e pós-parto, entre eles: os fatores socioeconómicos que, quando negativos, influenciaram a qualidade da saúde das mulheres imigrantes pelo uso inadequado dos serviços de saúde; as questões culturais mais significativas surgiram em mulheres com baixos níveis de aculturação ou com menos tempo a viver no país de acolhimento, encontrando-se a barreira da língua como fator determinante e transversal a todas as experiências relatadas;

⁴¹ No âmbito deste relatório, os Anexos apresentados expõem ilustrações, formulários, questionários, autorizações, entre outros elementos de outros autores e são numerados e organizados segundo a sequência da sua apresentação no texto. Por sua vez, os Apêndices contêm elementos do próprio autor, como: questionários, pedidos de consentimentos e outros documentos e são alfabetizados segundo a sequência da sua apresentação no texto (Zampieron, 2004).

e, as relações interpessoais menos positivas com os profissionais de saúde foram as mais influenciadoras da falta de adesão à vigilância pré-natal e no pós-parto.

A título de exemplo, para as questões abertas iniciais consideraram-se questões direcionadas para o processo de imigração como: “Gostaria que me contasse o que a levou a imigrar? Como poderá descrever o modo como perspectivava a imigração antes de vir para Portugal e a experiência que viveu até agora? Como descreveria a pessoa que era naquela época e a que é agora?”. Para as questões intermédias contemplaram-se questões que focassem as vivências da gravidez e maternidade: “Fale-me sobre o que pensou e sentiu quando engravidou cá em Portugal?”; outras direcionadas para comportamentos de saúde da gravidez ao pós-parto: “Gostaria que me falasse um pouco sobre os comportamentos de saúde que estava habituada a ter no seu país, para quando se está grávida e após o parto? Que valor ou importância atribuiu às diferenças que encontrou?”; outras focadas na assistência de saúde pré-natal e no pós-parto em CSP: “Para ter acesso aos serviços de saúde durante a sua gravidez, o que teve que fazer cá em Portugal? Onde encontrou maiores dificuldades? Como conseguiu resolver os problemas que encontrou? O que mais aprecia da nossa assistência de saúde? O que menos aprecia?”; e as direcionadas para os cuidados de enfermagem recebidos durante a vigilância pré-natal e no pós-parto em CSP: “Quais os cuidados de enfermagem que lhe foram dados aqui que são comuns aos realizados no seu país (exemplos relativos à gravidez e ao pós-parto)? Qual a importância que atribuiu a esses novos cuidados que não estava habituada? Perante as diferenças que foram surgindo, como interagiu com o(s) enfermeiro(s) para esclarecer as suas dúvidas? Que aspetos valoriza na interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância da sua gravidez e no pós-parto? O que acha que poderia ter sido diferente e mais de acordo com as suas expectativas?”. E, para as questões finais, tendo em vista uma conclusão positiva da entrevista face aos tópicos relatados como acontecimentos significativos para a mulher entrevistada: “De que modo as intervenções dos enfermeiros afetaram os seus comportamentos de saúde durante a gravidez e no pós-parto? O que acha que contribuiu mais para o seu conhecimento e segurança ou necessidades durante a gravidez e depois no pós-parto?”.

Torna-se importante referir que, o guião apresentado serviu como um instrumento orientador e de confiança para a exploração de diferentes tópicos, que pudessem surgir em cada uma das experiências relatadas. Neste sentido, não se considerou utilizar todas as questões nele inseridas para a exploração da experiência individual de cada uma das

mulheres migrantes, deixando o espaço para novas ideias ou aspetos relatados pelas entrevistadas.

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesta linha de orientação metodológica, o que especialmente determina a seleção dos participantes para o estudo é a sua importância para o tema e não a sua representatividade (Morse, 2007; Flick, 2013). Ou seja, a seleção dos participantes é feita de acordo com “a sua experiência e o processo social em investigação” (Carpenter, 2013b, p. 131) e, pelo “nível (esperado) de gerarem novas ideias para a elaboração da teoria, face ao seu grau de elaboração presente” (Flick, 2005, p. 66). Este tipo de amostra tem sido designado por “amostra com propósito” ou “amostra intencional” (Streubert, 2013).

Clarifica Charmaz (2009, 2014), no que distingue “amostragem teórica” de “amostragem inicial”. A primeira, compreendida como uma técnica própria da *Grounded Theory* (Morse, 2007; Streubert, 2013), é definida como um processo de colheita de dados em que o investigador regista, codifica e analisa os dados e decide quais e onde encontrar novos dados pertinentes para elaborar e refinar a sua teoria (Charmaz, 2009, 2014). A “amostragem inicial”, por sua vez, estabelece “...os critérios de amostragem para as pessoas, casos, as situações e/ou ambientes antes da entrada para o campo...” na procura de materiais relevantes para o estudo (Charmaz, 2009, p. 139). Nesta lógica, a amostragem inicial surge como ponto de partida, enquanto a amostragem teórica, integrada na teorização⁴², proporciona a verificação dos padrões que foram sendo desenvolvidos ao longo do processo de recolha e análise de dados, realizada através de entrevistas com participantes selecionados pelo investigador (Morse, 2007). Assim, amostragem teórica identifica-se como uma estratégia orientadora do caminho a prosseguir no processo de análise e desenvolvimento de uma teoria, através da procura de dados pertinentes para a teoria emergente (Charmaz, 2006, 2009, 2014).

Porém, ainda que focalizados nas perspectivas de pessoas específicas, as decisões da amostragem exigem critérios de limitação da mesma, tendo em conta as possibilidades teoricamente ilimitadas de inclusão de novos sujeitos participantes num determinado

⁴² Na investigação qualitativa, de acordo com Morse (2007, p. 42) *Teorizar* ou a teorização, é entendida como um processo de “desenvolvimento e de manipulação contínuos de esquemas teóricos maleáveis” na procura do esquema teórico mais compressivo e explicativo dos factos emergentes e suas relações.

estudo. Estes critérios são definidos com base no material empírico e a par com a teoria que se vai desenvolvendo. Numa abordagem qualitativa a “saturação teórica” é alcançada quando na colheita de dados não surgem novos *insights* teóricos (Charmaz, 2009, 2014), isto é, refere-se à repetição de informação e confirmação de dados previamente colhidos, numa cultura ou fenómenos específicos e num determinado espaço temporal (Streubert, 2013), em que não surgem novos dados, ao investigador, para aprofundar as propriedades de uma determinada categoria (Charmaz, 2009, 2014), aspetos que serão novamente abordados no subcapítulo seguinte, alusivo aos procedimentos de colheita e tratamento dos dados.

Assim, tendo por base a pergunta de investigação e os objetivos delineados, na seleção das participantes no estudo foram utilizados os seguintes critérios:

- a) Mulheres migrantes que se encontrassem grávidas ou nos primeiros 6 meses após o parto (pela proximidade com a situação vivenciada e possibilidade de encontrar a mulher no país);
- b) Que tivessem realizado ou a realizar a vigilância pré-natal ou a efetuar a vigilância de saúde no pós-parto com enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- c) Que compreendessem a língua portuguesa.

Quanto ao contexto para a colheita de dados, foram inicialmente previstos ACES da ARSLVT, com afluência de mulheres migrantes a efetuarem a vigilância de saúde pré-natal e durante o puerpério; por serem locais onde se poderia, com maior facilidade, identificar as participantes que cumpriam os critérios delineados; porque o próprio contexto poderia promover os primeiros contatos com as potenciais participantes; e, porque o espaço físico poderia reunir as condições necessárias para a colheita de dados. Outras das possibilidades equacionadas para a colheita de dados foram o domicílio das possíveis participantes e outros locais, onde a colheita de dados pudesse ser realizada e previamente acordados com as próprias mulheres migrantes.

As participantes no estudo foram 30 mulheres migrantes, oriundas de vários países, que realizaram a vigilância pré-natal aos seis meses pós-parto em 8 unidades funcionais (UCSP e USF) de dois ACES da ARSLVT. Uma das entrevistas ocorreu no local de trabalho da participante, num espaço físico que permitiu a privacidade e facilidade de comunicação e não ocorreram interrupções. Todas as outras ocorreram em espaços físicos das unidades funcionais disponíveis para o momento da entrevista (sala

de reuniões ou gabinetes de consulta), o que possibilitou reunir as condições necessárias à privacidade e o mínimo de interrupções possíveis durante as entrevistas.

No Quadro 1 ilustram-se algumas características sociodemográficas das participantes do estudo, consideradas pertinentes na análise dos dados. Para a identificação de cada participante foi atribuído um número à pessoa/mulher migrante entrevistada. E, a cada número, associou-se a palavra “Caso”, representativa das experiências individuais e situações ou circunstâncias de vida, que foram descritas e analisadas à luz do método escolhido.

No que diz respeito à idade das participantes, estas variaram entre os 19 anos e 41 anos. Eram provenientes de diversos países, especificamente: Cabo Verde (9); Guiné-Bissau (7); Brasil (6); São Tomé e Príncipe (3) Angola (2); Ucrânia (1); Roménia (1) e Senegal (1). O tempo de imigração em Portugal representado no quadro, corresponde à soma de um tempo de permanência descontínuo, visto que algumas das participantes tiveram mais do que um período imigradas em Portugal, quer por terem regressado ao seu país, quer por terem passado por outros países como migrantes. Assim, o tempo de migração variou entre 8 meses e 17 anos, sendo que a maioria (14) se situou entre os 5 e os 9 anos, nove (9) entre os 8 meses e os 4 anos e sete (7) entre os 10 anos e os 17 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria eram casadas ou a viver em união de facto e sete (7) estavam solteiras.

O nível de escolaridade predominante foi o Secundário (9), seguido do 3º Ciclo (6), Curso profissional (4), 1º Ciclo (2); Licenciatura (2), sem estudos (1). Porém, seis (6) das participantes não referiram o seu nível de escolaridade.

Em relação à situação laboral, dezassete (17) se encontravam empregadas, dez (10) desempregadas, duas (2) a estudar e uma (1) pensionista por invalidez. O serviço doméstico⁴³ ou de outro tipo de serviços de limpeza era a atividade laboral praticada pela maioria das mulheres migrantes (10), independentemente do seu nível de escolaridade, seguido da restauração (3), empregada de balcão (2) e ama (1). Uma das participantes referiu trabalhar, em simultâneo, na restauração e em serviços de limpeza.

Quanto à perceção da situação económica em que se encontravam, as participantes que optaram por falar sobre o assunto utilizaram frases curtas ou expressões caraterizadoras como: “dá para viver” mencionado por dez (10) das participantes;

⁴³ Decreto-Lei nº 235/92, de 24 de outubro, define serviço doméstico ao que é prestado a outrem, mediante retribuição, com caráter regular, como atividades destinadas à satisfação das necessidades de um agregado familiar, no âmbito residência. (Diário da República, 1992, p. 4946)

“aceitável” por sete (7); e “precária” por três (3). Cinco (5) das participantes consideraram a situação económica aceitável ou suficiente porque, na família, tanto ela como o seu companheiro/par trabalhavam, dando para os gastos ou sustento da família, surgindo no quadro na expressão “casal com trabalho”. Cinco (5) das participantes optaram por não falar sobre o assunto. Constatou-se que a situação laboral não estava diretamente relacionada com a perceção da situação económica, sugerindo os testemunhos das participantes, que estando o companheiro a trabalhar a situação económica da família estava aparentemente controlada.

No que diz respeito à coabitação, entre as participantes casadas ou em união de facto, catorze (14) viviam com o par/companheiro e com os filhos e seis (6) que se encontravam grávidas do primeiro filho viviam com o companheiro/par. Três (3) das casadas/união de facto, uma (1) referiu viver sozinha, estando o marido a viver no país de origem com o filho, por não conseguir trabalho em Portugal (1), outra vivia com 2 migrantes do seu país, por o marido trabalhar numa empresa portuguesa e na altura encontrava-se emigrado em França e, outra vivia com a prima, por o seu companheiro também estar emigrado em França juntamente com a sua filha. Entre as participantes solteiras, duas (2) referiram viver sozinhas e estavam grávidas do primeiro filho, uma (1) vivia com a filha e quatro (4) com outros familiares (avós, pais, irmão, entre outros).

E por fim, o nível de compreensão da língua portuguesa por parte das participantes foi considerado em 3 níveis, sendo estes: 1) “Percebe e fala bem” onde se incluiu quinze (15) participantes, equacionando-se o tempo em que já se encontravam em Portugal e o nível de escolaridade como influenciadores desta competência; 2) “Percebe bem; Fala razoavelmente” verificou-se em doze (12) das participantes; 3) “Percebe e fala razoavelmente”, identificado em três (3) das participantes, em que duas se encontravam há menos de 2 anos no país, contudo, outra já há cerca de 9 anos mas sem estudos.

Quadro 1. Caraterização sociodemográfica das participantes do estudo

Casos	Idade	País de origem	Imigrad. em Portugal	Estado Civil	Nível Escol.	Situaç. laboral	Situaç. Económ	Coabita	Nível compre. língua
Caso 1	28	Ucrânia	4 anos	Casada	Lic.	Empreg. Restauração	Casal com trabalho	Par e filha	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 2	23	Roménia	3 anos	União de facto	Secun. 10º ano	Desemp	Aceitável	Par	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 3	27	Cabo Verde	9 anos	Solteira	Curso Prof.	Empreg. Limpeza	Aceitável	Vive sozinha	Percebe e fala bem
Caso 4	32	Brasil	1 ano	União de facto	Secun. 12º ano	Desemp	Aceitável	Par e filho	Percebe e fala bem
Caso 5	32	Brasil	9 anos	União de facto	1º Ciclo 2º ano	Empreg. Limpeza	Dá para viver	Par e filho	Percebe e fala bem
Caso 6	38	Senegal	7 anos	Casada	Secun. 12º ano	Empreg. Limpeza	Casal com trabalho	Par e filha	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 7	28	Brasil	5 anos	Casada	Curso Prof.	Desemp	Aceitável	Par e filha	Percebe e fala bem
Caso 8	38	Angola	15 anos	Casada	Não referido	Empreg. Limpeza	Casal com trabalho	Par e filhas	Percebe e fala bem
Caso 9	35	São Tomé e Príncipe	9 anos	Casada	2º Ciclo 6º ano	Empreg. Limpeza	Dá para viver	Par e filhos	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 10	41	Guiné-Bissau	17 anos	Casada	Não referido	Desemp	Aceitável	Par e filhos	Percebe e fala bem
Caso 11	31	Cabo Verde	3 anos	União de facto	Não referido	Empreg. Limpeza	Aceitável	Par e filhos	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 12	27	Cabo Verde	15 anos	Solteira	Não referido	Pension. por invalidez	Dá para viver	Avó e filha	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 13	36	Brasil	11 anos	Casada	Não referido	Empreg. Balconista	Casal com trabalho	Par	Percebe e fala bem
Caso 14	24	Cabo Verde	3 anos	Solteira	3º Ciclo 9º ano	Empreg. Limpeza	Precária (Segurança Social)	Vive sozinha	Percebe e fala bem
Caso 15	22	Cabo Verde	4 anos	Solteira	Curso Prof.	Empreg. Ama	Dá para viver	Irmão e cunhada	Percebe e fala bem
Caso 16	21	Brasil	8 anos	União de facto	Curso Prof.	Estudante Curso Prof.	Dá para viver	Par	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 17	22	Guiné-Bissau	6 anos	União de facto	1º Ciclo 4º ano	Empreg. Restauração	Dá para viver	Par e filhos	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 18	30	São Tomé e Príncipe	5 anos	Casada	3º Ciclo 8º ano	Empreg. Restauração e limpeza	Aceitável	Vive sozinha	Percebe bem; Fala razoável.
Caso 19	19	Cabo Verde	7 anos	Solteira	Secun. 10º ano	Desemp	Não referido	Pais	Percebe e fala bem
Caso 20	33	Guiné-Bissau	5 anos	Casada	Secun. 10º ano	Empreg. Limpeza	Dá para viver	Par e filhos	Percebe bem; Fala razoável.

Casos	Idade	País de origem	Imigrad. em Portugal	Estado Civil	Nível Escol.	Situaç. laboral	Situaç. Económ.	Coabita	Nível compre. língua
Caso 21	27	São Tomé e Príncipe	5 anos	União de facto	Não referido	Empreg. Limpeza	Dá para viver	Par e filhos	Percebe bem; Fala razoavel.
Caso 22	25	Angola	Mais de 1 ano	Solteira	Secun. 10º ano	Desemp	Não referido	Avó e filha	Percebe e fala bem
Caso 23	21	Cabo Verde	5 anos	União de facto	Secun. 12º ano	Desemp Restauração	Dá para viver	Par	Percebe e fala bem
Caso 24	33	Guiné-Bissau	8 meses	Casada	Secun. 10º ano	Desemp	Precária (Segurança Social)	2 homens migrantes do seu país	Percebe e fala razoavel.
Caso 25	26	Brasil	10 anos	Casada	Secun. 10º ano	Estudante Curso Prof.	Não referido	Par e filho	Percebe e fala bem
Caso 26	28	Guiné-Bissau	1 ano e meio	União de facto	3º Ciclo 8º ano	Empreg. Salão de Cabeleireiro	Dá para viver	Par	Percebe e fala razoavel.
Caso 27	36	Guiné-Bissau	7 anos	União de facto	3º Ciclo 9º ano	Desemp	Precária	Casa da prima	Percebe bem; Fala razoavel.
Caso 28	33	Guiné-Bissau	9 anos	Casada	Sem estudos	Empreg. Limpeza	Casal com trabalho	Par e filhos	Percebe e fala razoavel.
Caso 29	35	Cabo Verde	10 anos	Solteira	Lic.	Desemp Fundo desemp.	Não referido	Filha	Percebe e fala bem
Caso 30	22	Cabo Verde	15 anos	União de facto	3º Ciclo 9º ano	Empreg. Balconista	Não referido	Par	Percebe e fala bem

Legenda: Imigrad.em Portugal (Imigrada em Portugal); Nível Escol. (Nível de Escolaridade); Situaç. Laboral (Situação Laboral); Situaç. Económ. (Situação Económica); Nível compre. Língua (Nível de compreensão da língua); Lic. (Licenciada); Secun. (Secundário); Curso Prof. (Curso profissional); Empreg. (Empregada); Desemp. (Desempregada); Fundo desemp. (Fundo de desemprego); Empreg. de balcão (Empregada de balcão); Fala Razoavel. (Fala razoavelmente); Percebe e fala razoável. (Percebe e fala razoavelmente)

Estando o objeto do estudo focalizado nos cuidados de saúde materna, no Quadro 2 apresentam-se dados que permitem uma caracterização sumária da situação obstétrica das participantes e da vigilância de saúde realizada na atual gravidez e até 6 meses após o parto.

Relativamente à situação obstétrica das participantes no momento da colheita de dados, vinte e quatro (24) encontravam-se grávidas e seis (6) no período pós-parto. Quanto à Idade Gestacional (IG) e considerando as semanas de gestação por trimestres da gravidez⁴⁴, dezasseis (16) encontravam-se no 3º trimestre, sete (7) no 2º trimestre e uma (1) no 1º trimestre. Quanto à idade dos filhos das seis (6) mães, um (1) tinha quatro dias de vida, dois (2) já tinham completado o 1º mês e três (3) entre os dois e os seis meses

⁴⁴ Desenvolvimento da gravidez por trimestre: 1º Trimestre - 1ª à 13ª semana; 2º Trimestre - 14 às 26 semanas; 3º Trimestre das 27 semanas às 40 ou mais semanas (DGS, 2015a).

de vida. A maioria das mulheres (21) já tinham experiência de maternidade e nove (9) estavam a vivenciar a primeira gravidez.

Quanto à vigilância de saúde da gestação atual, destacam-se no quadro, cinco aspetos que foram relevantes na análise dos dados, sendo estes:

- 1- a fase da gravidez em que iniciaram a vigilância de saúde, verificando-se que vinte e quatro (24) das mulheres iniciaram no 1º Trimestre e seis (6) no 2º trimestre;
- 2- a vigilância da gravidez estava a ser realizada de forma adequada pela maioria das gestantes (26), visto que o número de consultas era de acordo com a idade gestacional em que se encontravam; quatro (4) das gestantes com a gravidez mal vigiada iniciaram a vigilância de saúde no 2º trimestre. Estes dados, quando comparados com os do Quadro 1, sugerem uma maior relação com a situação económica em que as gestantes se encontravam do que com o tempo de migração no país;
- 3- Terem médico de família foi identificado em vinte (20) das participantes e das dez (10) que não usufruíam de médico de família referiram estarem a ser seguidas pelo mesmo médico.

A mesma leitura em relação à vigilância de saúde pela mesma enfermeira não foi considerada nesta caracterização sumária, visto que algumas das participantes tinham experienciado a vigilância de saúde em CSP e cuidados hospitalares. Bem como o facto de terem médico de família não significava que tivessem a vigilância de saúde de enfermagem com a mesma enfermeira. Contudo, esta questão foi sendo representativa ao longo do processo de análise, conforme se descreve no capítulo 3, relativo ao processo analítico;

- 4- Quanto a tipo de parto da gravidez atual, quatro das mulheres tiveram parto por cesariana, um por ventosa e outro eutócico;
- 5- A participação em Cursos de preparação para o parto e para a parentalidade (CPPP)⁴⁵ foi dado a perceber por nove (9) das participantes, quer no expressar interesse e vontade em participar (5), quer por se encontrarem a realizar (4). Catorze das participantes não efetuaram referência a esta atividade ao longo dos seus testemunhos. Quanto às cinco (5)

⁴⁵ No âmbito da educação pré-natal, os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) são uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez. Tendo como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho e permitem, ainda, a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo (DGS, 2015a, p. 63).

que referiram não terem realizado esta atividade, algumas foi por não terem acesso à mesma nas unidades funcionais onde se encontravam a realizar a vigilância da gravidez e, por último, duas (2) desconheciam esta modalidade.

Quadro 2. Caracterização da situação de saúde obstétrica e materna das participantes estudo

Casos	Situação obstétrica atual				Vigilância de saúde da gestação atual				
	Grávida (IG)	Mãe	Idade do filho	Nº de filhos /idades	Início vigilân. gravidez	Tipo de vigilância/ Nº de consultas	Médico de família	Tipo de parto	CPPP
Caso 1	24 sem.	-	-	1 (8 anos)	1º T	G. Viglada (5)	Sim	-	S/ Inf.
Caso 2	18 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (3)	Sim	-	S/Ref.
Caso 3	28 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (5)	Sim	-	Quer
Caso 4	32 sem.	-	-	1 (7 anos)	1º T	G. Viglada (5)	Sim	-	Não
Caso 5	14 sem.	-	-	1 (6 anos)	1º T	G. Viglada (2)	Sim	-	S/Ref.
Caso 6	36 sem.	-	-	1 (5 anos)	1º T	G. Viglada (6)	Sim	-	Não
Caso 7	-	Sim	1M e 7 dias	1 (1M e 7 d)	1º T	G. Viglada	Sim	Vent.	Não
Caso 8	-	Sim	1 Mês	3 (18, 8 anos e 1 M)	1º T	G. Viglada	Sim	Ces.	S/ Ref.
Caso 9	-	Sim	3 Meses	4(18, 14, 10 anos e 3 M)	1º T	G. Viglada	Sim	Ces.	S/ Ref.
Caso 10	-	Sim	6 Meses	4(20, 16, 8 anos e 6 M)	1º T	G. Viglada	Sim	Ces.	Não
Caso 11	-	Sim	4 dias	2 (15 anos e 4 dias)	2º T	G. mal viglada	Não	Eut.	S/ Ref.
Caso 12	-	Sim	2 Meses	1 (2 M)	1º T	G. alto risco viglada	Sim	Ces.	Não
Caso 13	34 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (6)	Não	-	Quer
Caso 14	25 sem.	-	-	Sem filhos	2º T	G. mal viglada	Não	-	S/ Ref.
Caso 15	28 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (4)	Sim	-	S/ Ref.
Caso 16	28 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (5)	Não	-	Quer
Caso 17	24 sem.	-	-	1 (2 anos)	1º T	G. Viglada (6)	Não	-	Quer
Caso 18	36 sem.	-	-	1 (9 anos)	1º T	G. Viglada (7)	Sim	-	Sim
Caso 19	28 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (5)	Sim	-	Sim
Caso 20	34 sem.	-	-	2 (14 e 3 anos)	2º T	G. alto risco viglada	Sim	-	S/ Ref.
Caso 21	32 sem.	-	-	1 (7 anos)	2º T	G. alto risco viglada	Não	-	S/ Inf.
Caso 22	18 sem.	-	-	1 (8 anos)	1º T	G. Viglada (3)	Sim	-	S/Ref.
Caso 23	28 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (5)	Sim	-	Quer
Caso 24	34 sem.	-	-	2 (11 e 8 A)	2º T	G. mal viglada	Sim	-	S/Ref.
Caso 25	34 sem.	-	-	1 (3 anos)	1º T	G. Viglada (6)	Sim	-	Sim
Caso 26	21 sem.	-	-	2 (13 e 6 A)	1º T	G. Viglada (2)	Não	-	S/Ref.
Caso 27	27 sem.	-	-	1 (6 anos)	2º T	G. mal viglada	Não	-	S/Ref.
Caso 28	27 sem.	-	-	2 (4 e 2 A)	1º T	G. Viglada (5)	Não	-	S/Ref.
Caso 29	8 sem.	-	-	1 (5 anos)	1º T	G. Viglada (1)	Sim	-	S/Ref.
Caso 30	36 sem.	-	-	Sem filhos	1º T	G. Viglada (7)	Não	-	Sim

Legenda: IG (Idade Gestacional); Início da vigilância da gravidez; CPPP (Curso de preparação para o parto)

e parentalidade); sem. (semanas); A (anos); M (mês); d. (dias); T. (Trimestre); G. Vigiada (Gravidez Vigiada); G. alto risco (Gravidez de alto risco); G. mal vigiada (Gravidez mal vigiada); Vent. (Ventosa); Ces. (Cesariana); Eut. (Eutócico); S/ Inf. (Sem Informação); S/ Ref. (Sem Referência)

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA E TRATAMENTO DE DADOS

2.4.1 Considerações éticas

Toda investigação, desde o seu início até ao relatório, pressupõe por parte do investigador, o cumprimento de aspetos éticos que defendam os princípios morais e os direitos humanos. Diversos códigos de ética foram sendo desenvolvidos ao longo dos anos para a condução de estudos que envolvem seres humanos, nomeadamente o *Relatório de Belmont*⁴⁶ contempla três princípios éticos relevantes: o respeito pelas pessoas, beneficência e justiça (Carpenter, 2013a, p. 60).

Ao nível da Enfermagem, foi criado um Código de Ética orientador da condução de assuntos da prática e de estudos de investigação onde, entre outras, se encontram implícitas considerações éticas relacionadas com a relação investigador/participante e as relativas à proteção dos participantes como o consentimento informado livre e esclarecido, o direito ao anonimato e confidencialidade, o tratamento justo e equitativo e a proteção contra o desconforto, nomeadamente em situações de maior vulnerabilidade que conduzam ao sofrimento ou ansiedade (Carpenter, 2013a).

Contudo, a literatura tem demonstrado que “a natureza imprevisível da investigação qualitativa faz emergir questões éticas distintas e não antecipadas” (Carpenter, 2013a, p. 62), para os quais o investigador deve permanecer aberto, ao longo do processo de investigação, procurando cumprir os princípios éticos de “autonomia” (a participação voluntária, conseguida pelo consentimento informado dos participantes), da “beneficência” (garantindo que os participantes não sejam lesados) e “justiça” (assegurando a confidencialidade, o anonimato, o respeito e um tratamento digno) (p. 62).

⁴⁶ Modelo de orientação de padrões éticos, desenvolvido nos Estados Unidos, pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research e adotado por diversas disciplinas. (Carpenter, Considerações éticas em investigação qualitativa, 2013a)

2.4.2 O acesso às participantes do estudo

O acesso às participantes do estudo exigiu a formalização de procedimentos éticos e de estratégias para identificação e seleção das mulheres migrantes, tendo em atenção os critérios da amostragem inicial predefinidos.

O primeiro passo realizado foi a submissão do protocolo da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (CES ARSLVT, IP), para o acesso às unidades funcionais dos ACES pretendidos e pedir a colaboração dos enfermeiros, que realizavam assistência de saúde a mulheres no período pré-natal e pós-parto, para a identificação das que reuniam as condições para serem participantes do estudo.

Face ao estudo de investigação, vários documentos foram exigidos, tais como: Declarações dos responsáveis dos ACES onde o estudo iria decorrer; Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes ao investigador, onde se garanta que essa referenciação foi feita com autorização, ainda que verbal, das participantes (Apêndice B); o Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido das participantes que participassem no estudo (Apêndice C).

Após ter sido concedido o parecer favorável da CES ARLVT - Proc. 026/CES/INV/2014, em outubro de 2014 (Anexo I) deu-se início aos contactos, via e-mail e pelo telefone, com os coordenadores das unidades funcionais ou presidentes dos concelhos clínicos e com os enfermeiros interlocutores ou enfermeiros chefes, para então se chegar aos enfermeiros que prestavam cuidados às mulheres migrantes.

O passo seguinte foi identificar com os enfermeiros da prestação de cuidados, mulheres migrantes nas condições predefinidas e marcar os dias em que se poderia encontrar as potenciais participantes.

Todos os enfermeiros que colaboraram nesta seleção preencheram o Consentimento informado a eles destinado e efetuaram um primeiro contacto com as potenciais participantes, informando-as sobre o tema do estudo, a identificação profissional das investigadoras e sobre como pretendia que colaborassem no estudo. Cada unidade de saúde disponibilizou um espaço físico que reunia as condições necessárias à realização das entrevistas.

Este primeiro contacto com os enfermeiros colaboradores afigurou-se como uma mais-valia para as investigadoras, ao possibilitar um conhecimento antecipado dos diversos contextos de saúde, onde iriam decorrer as entrevistas, nomeadamente com a

visita às instalações das unidades funcionais e pelo conhecimento de métodos de trabalho e de características da população migrante alvo do estudo. Assim como, as diversas idas aos mesmos locais para a realização das entrevistas, permitiram permanecer períodos de tempo nas salas de espera onde foi possível observar a afluência de clientes migrantes (como grávidas, puérperas/mães), comportamentos face aos procedimentos burocráticos para serem atendidos, compreensão da língua portuguesa, formas de estar e de comunicar e, por vezes, manifestações de satisfação ou insatisfação por diferentes motivos.

2.4.3 Colheita de dados

A *Grounded Theory* é um método de investigação que exige que a colheita de dados e a sua análise ocorram em simultâneo (Glaser & Strauss, 1967), defendendo Charmaz (2009, 2014), a procura de uma colheita de dados ricos em detalhes, completos e implicados nos seus contextos situacionais e sociais.

No sentido de facilitar a descrição das etapas do processo de investigação realizado, alguns aspetos serão seguidamente expostos em subcapítulos separados, apesar de estas etapas se sobreporem no trabalho de campo.

A colheita de dados foi realizada entre fevereiro de 2015 a dezembro de 2016 e foram realizadas 30 entrevistas com a duração entre 12 a 62 min de duração. As entrevistas mais curtas corresponderam a uma fase mais avançada da colheita de dados, mais especificamente na fase da amostragem teórica.

A todas as participantes foi feita a apresentação das investigadoras, dado a conhecer o tema e objetivos do estudo, feita leitura do consentimento informado e assinatura do mesmo (com uma cruz), proporcionando uma livre e esclarecida participação, nomeadamente na permissão da gravação da entrevista.

Várias estratégias foram sendo utilizadas ao longo das entrevistas de forma a manter o bem-estar das participantes e proporcionar o à vontade necessário para a exposição de ideias e experiências. Reconhecendo que o tema da maternidade foi, com maior frequência, mais fácil de se abordar e de se expressar ideias, a situação de migrante, por si só, provocou algum constrangimento inicial (a algumas das participantes) na expressão de sentimentos e perceções, especialmente quando os tópicos estavam afetos aos profissionais de saúde que prestavam a assistência de saúde, como foi o caso dos

cuidados de enfermagem prestados durante a gravidez ao pós-parto. Por outro lado, a compreensão da língua e a dificuldade que algumas participantes demonstraram em se expressarem em português, de forma a transmitir as ideias corretas, evitando o enviesamento na interpretação por parte das entrevistadoras, bem como, os comportamentos socioculturais diversos, foram particularidades que exigiram condutas ajustadas de modo a se adquirir informação detalhada sobre as experiências das participantes. Assim, algumas das estratégias utilizadas foram: a escuta, dando espaço para se refletir e responder quando quisessem; questionando, procurando entender as mensagens quando não eram perceptíveis; e validando, de forma a compreender as experiências relatadas a partir da perspectiva das participantes. Antes de terminar cada entrevista, procurou-se que as questões colocadas conduzissem a um encerramento num nível positivo e agradável, verificando-se através do sorriso e de manifestações de algum agrado no tempo despendido.

2.4.4 Tratamento dos dados

Adquiridos os primeiros dados empíricos procedeu-se à “Codificação”, a primeira etapa do processo de análise, definida por Charmaz (2006, 2009, 2014) como a estrutura analítica a partir do qual se constrói a análise, constituindo-se um elo fundamental entre a colheita de dados e a teoria emergente para explicar os dados obtidos. A codificação inclui duas fases principais: a “codificação inicial” e a “codificação focalizada”.

Codificação inicial

Numa leitura atenta e próxima dos dados, os códigos construídos foram surgindo a partir da análise minuciosa dos dados, observando-se as ações em cada segmento de dados e procurando codificar os dados como ações. Num processo iterativo entre o investigador e os dados, conseguido pelo questionamento de diferentes maneiras, no sentido de se compreender as atitudes e opiniões dos participantes a partir das suas perspectivas. Procurou-se manter a codificação inicial aberta (Glazer, 1978 e 1992 citado em Charmaz, 2006, 2009, 2014), visando a compreensão enquanto se codificava e perceber as áreas nas quais faltam dados indispensáveis, orientando-se, assim, a nova colheita de dados e dando sentido ao percurso analítico.

Nesta lógica, a codificação inicial foi geradora de códigos provisórios, comparativos e ajustados aos dados e que possibilitaram a exploração de outras possibilidades analíticas para o desenvolvimento das categorias teóricas, suas propriedades e padrões subjacentes (Charmaz, 2006, 2009, 2014; Carpenter, 2013b).

Como principais estratégias e métodos utilizados, destacam-se: a estratégia linha a linha; o método da comparação constante e a redação de *memos* ou memorandos.

Como primeira etapa da codificação, utilizou-se a codificação linha a linha dos dados (denominando cada uma das linhas dos dados), especialmente importante em dados colhidos por entrevistas, por se adequar a “dados detalhados sobre problemas e processos empíricos fundamentais” (Charmaz, 2009, p. 77), e por se tornar um auxílio no refocar das entrevistas posteriores, fornecendo indicações a serem exploradas (p. 78 e 79).

Na codificação inicial, esta estratégia possibilitou uma perspectiva precisa daquilo que as participantes relatavam e do que se debatiam na situação e no momento, tornando-se uma *mais valia* na identificação de preocupações implícitas e afirmações explícitas. Entre os inúmeros códigos que foram surgindo durante a codificação inicial, emergiram códigos *in vivo*, que se manifestaram como termos inovadores das participantes e que “apreende os significados ou as experiências “ (Charmaz, 2009, p. 84), tendo sido úteis no conservar do significado, no que diz respeito às opiniões e atitudes de algumas das participantes, que após tratamento pela comparação e análise foram integrados na teoria substantiva desenvolvida.

O método da comparação constante foi sendo utilizado a cada nível do processo analítico, na comparação de dados com dados e de incidente com incidente para identificar semelhanças e diferenças, dentro da mesma entrevista e depois dentro de entrevistas distintas, e na comparação de códigos desenvolvidos, possibilitando agrupar dados em categorias semelhantes e desenvolver as propriedades dos conceitos emergentes.

A redação de *memos* sucessivos (anotações analíticas), em todas as etapas do processo tornou-se numa outra estratégia fundamental. Utilizada desde a codificação inicial, numa elaboração espontânea, em linguagem informal, tornando os *memos* livres e fluídos (Apêndice D). O material textual das fontes foi sendo usado, permitindo estabelecer comparações precisas sobre determinados incidentes e auxiliando na identificação de padrões no mundo empírico e, permitindo delinear as relações das categorias emergentes e definir as suas propriedades. Foram intitulados, datados e

aperfeiçoados progressivamente. Assim, se os *memos* redigidos sobre os códigos permitiram compreender os acontecimentos no campo empírico, posteriormente, novos *memos* foram usados para elevar códigos focais a categorias conceituais pelo tratamento analítico implementado (Apêndice E).

Codificação focalizada

Nesta segunda fase principal da codificação, os códigos gerados tornaram-se mais direcionados, seletivos e conceptuais, utilizando-se códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes quantidades de dados (Charmaz, 2006; 2009; 2014). Com a comparação de códigos, dados e incidentes, uns com os outros, foram-se desenvolvendo e aperfeiçoando os códigos focalizados.

A codificação focalizada foi tornando cada vez mais clara a compreensão dos significados, das percepções, das crenças, das emoções e dos comportamentos associados às experiências relatadas pelas participantes do estudo, conduzindo à conceitualização de categorias e descrição das suas particularidades (pela comparação de dados, incidentes, contextos e categorias), bem como iniciar a construção do esboço da estrutura analítica do estudo.

Seguindo a perspectiva de Charmaz (2006, 2009, 2014), optou-se por usar diretrizes mais simples e flexíveis, orientadas pelos dados empíricos, sendo desenvolvidas subcategorias em diversas categorias, descrevendo-se as conexões entre elas e dando a conhecer o modo como os dados foram compreendidos.

Codificação Teórica

A codificação teórica dá continuidade à codificação focalizada, num nível de codificação sofisticado, em que os códigos teóricos conceptualizados, tornam explícito as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas. São códigos integrativos, que dão contornos específicos aos códigos focais desenvolvidos, ajudando a “contar uma história analítica de forma coerente” (Charmaz, 2009, p. 94).

Na pesquisa da compreensão de como a mulher migrante vivência a interação com a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto em contexto de saúde português, procurou-se dar clareza e precisão aos códigos desenvolvidos e tornar a explicação teórica da análise coerente e compreensível. Considera-se que o Interacionismo Simbólico se

constituiu como a principal estrutura teórica organizadora e integradora da análise, manifestando-se de forma implícita.

A transcrição das entrevistas completas proporcionou ao longo do processo de análise, nomeadamente na fase de codificação, um nível de compreensão mais profundo e a descoberta de novas ideias e significados. Optou-se, ainda, pelo apoio do programa informático NVIVO 10, na análise qualitativa dos dados (QDA), nomeadamente na organização, armazenamento e análise dos dados.

A amostragem teórica, é uma amostragem intencional, estratégica, específica e sistemática e emergente (Charmaz, 2006, 2009, 2014), que diz “respeito apenas ao desenvolvimento conceitual e teórico” (Charmaz, 2009, p. 140) e visa colher e reunir dados pertinentes para refinar e definir, claramente, as categorias emergentes principais e as suas propriedades.

A redação de memorandos possibilitou a construção de categorias conceptuais, mas ainda incompletas e com lacunas, quer no desenvolver das propriedades de cada categoria, quer no alcance da variação desta para se compreender “como, onde e por que” as categorias variam. Nesta lógica, a redação de memorandos encaminha para a amostragem teórica, na busca de dados que completem as lacunas e levem à saturação das categorias.

Com já referido anteriormente, a saturação das categorias teóricas é considerada, quando a colheita de novos dados não desperta novos *insights* ou novas ideias teóricas, nem nada de novo aparece para aprofundar as propriedades das categorias principais da análise desenvolvida (Charmaz, 2006, 2009, 2014).

A colheita de dados foi terminada, com as últimas entrevistas, por não se evidenciarem novos *insights* teóricos, nem novas propriedades das categorias emergentes dos dados, nomeadamente no que diz respeito ao principal assunto das participantes e aos objetivos do estudo.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DO PROCESSO ANALÍTICO

O diagrama da integração analítica das categorias que se ilustra na Figura 4, representa o processo de construção a partir da análise dos dados que foi alcançando plenitude com as diferentes estratégias utilizadas, nomeadamente pela codificação, pelo método da comparação constante e redação de memorandos analíticos. Com a exposição deste diagrama *à priori*, pretende-se dar ao leitor uma apresentação esquemática que o contextualize para uma descrição aprofundada e pormenorizada de todo o processo de análise desenvolvido no estudo.

Assim, numa leitura do diagrama, partindo da base para o topo e da esquerda para direita, surge um percurso de interpretação e de entendimento do fenómeno em estudo, mais concretamente, da interação mulher migrante e a enfermeira⁴⁷ durante a vigilância pré-natal ao pós-natal: na perspetiva da mulher migrante. Numa visão de Contexto, que dá significado à migração como opção de vida, emergiu a categoria VIVENDO COMO MIGRANTE. Na compreensão do Processo da maternidade vivido como migrante, despontou a categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE. Codificação emergente, que se conjuga, acompanha e influencia o percurso de vida da mulher migrante e que, num contexto de cuidados de saúde, pode determinar o comportamento desta nas interações que irão sendo estabelecidas com a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

O processo de interação enfermeira-mulher migrante foi sendo gerido pelas características da Identidade ou *self* da Mulher migrante e a Atitude terapêutica da enfermeira, atribuindo-se significado encadeado que determinou as categorias PROCURANDO COMUNICAR, A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA e que culminou no posicionamento da confiança construída entre mulher migrante-enfermeira, determinando a categoria central: **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**, estruturada na relação, influência e grau de proximidade dos eixos conceituais surgidos empiricamente (Figura 4).

⁴⁷ Ao longo da exposição da análise optou-se por identificar o enfermeiro com o termo “enfermeira”, por no discurso das participantes do estudo ter sido com enfermeiras que, maioritariamente, aconteceram as interações durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

No sentido de facilitar a compreensão dos excertos da transcrição dos testemunhos das participantes do estudo utilizaram-se alguns códigos ou símbolos semânticos, sendo estes os seguintes:

Caso – Representativo da experiência individual de cada participante a que se associou um número;

... – Representando as pausas da entrevistada durante a exposição das suas ideias;

(...) – Excertos da transcrição original que não foram relevantes na análise;

[] – Quando se coloca uma palavra ou frase de ligação com o descrito nos excertos;

Texto em itálico – Representa o entrevistado

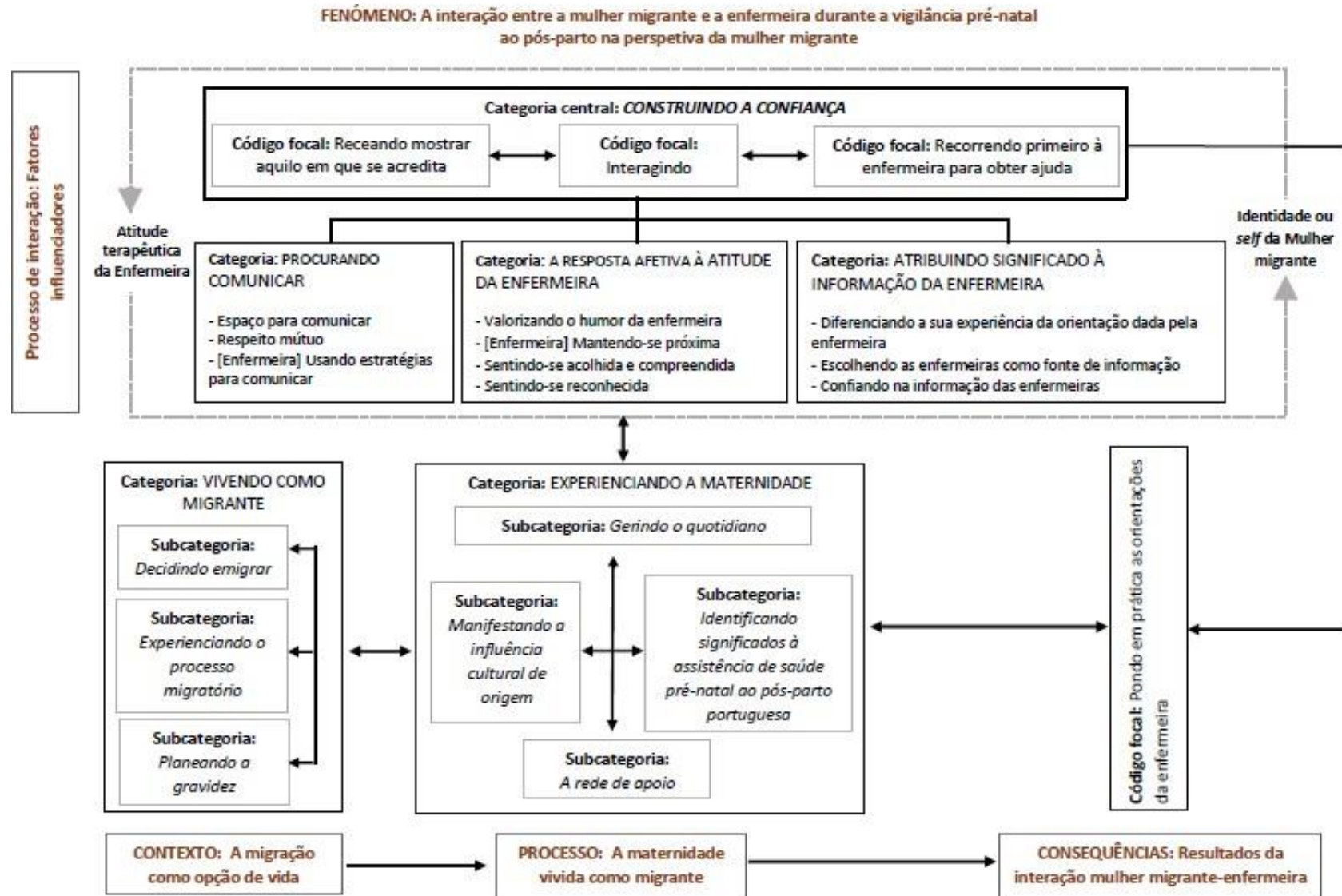


Figura 4. Diagrama da integração analítica das categorias

Compreender e caracterizar a maternidade vivenciada pelas mulheres migrantes participantes no estudo, emergiu dos dados, como uma necessidade de enquadramento das particularidades reveladas como significativas nas situações de vida de cada uma destas mulheres, ao longo dos processos de gravidez e maternidade.

A gravidez, como processo de transição flutuante, contribui para o desenvolvimento psicossocial da mulher, onde diversos fatores podem ter influência direta ou indireta sobre o papel maternal. Considera Mercer (2004), que o *self* da mulher, adquirido através da socialização ao longo da vida, determina o modo como uma mãe define e apreende os eventos e o seu nível de desenvolvimento e características inatas da personalidade influenciam as suas respostas comportamentais. Com efeito, a par com as condições pessoais da mulher, outros fatores poderão tornar-se facilitadores ou inibidores no processo de aquisição do papel maternal, como são as crenças culturais, atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimentos e as condições da comunidade e sociedade (Meleis & Trangenstein, 2010).

A maternidade, por sua vez, concebida como um processo de decisão baseado no desenvolvimento pessoal e no autoconhecimento, mais do que o desejo de se ter um filho reflete o desejo de se ser mãe, num percurso que exige iniciativas, atuações e responsabilizações (Leal, 1999; Canavarro, 2001, 2006). Como fenómeno predominantemente social, perante a influência dos processos biossociais onde se incluem as noções de sexualidade, de reprodução, da organização doméstica e de poder (Fidalgo, 2003), compreende-se que as características físicas, anatómicas e funcionais sejam pré-requisitos importantes para a ocorrência de uma gravidez, mas não como condições suficientes para uma maternidade adaptativa. Valoriza-se assim, dentro dos limites morais e éticos essenciais, a ideia de que o sentido de normalidade para cada indivíduo deve ser aquilo que o faz sentir-se melhor consigo próprio, na tentativa de desfrutar, com qualidade, os diversos momentos do ciclo de vida nos contextos sociais em que opta por viver, como é o caso da experiência da gravidez ou da maternidade vivida como migrante.

Neste enquadramento, a categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE assoalha aspetos destes dois processos dinâmicos e complementares, dentro do que se considera o desenvolvimento saudável de uma mulher grávida na adaptação ao papel maternal e no exercício da maternidade (considerando-se no estudo os primeiros 6 meses após o parto), mas com a particularidade de serem experienciados num outro país, numa

outra sociedade com regras, valores, comportamentos sociais e de saúde que poderão ser diferentes dos adquiridos no país de origem, ou dos adquiridos num noutro país, já como migrante, onde se tenha experienciado a maternidade.

Assim, em complementaridade ao modo como a gravidez e/ou maternidade foi sendo vivida pelas participantes no estudo, conjugou-se todo um percurso migratório realizado, evidenciado nos dados pela interpretação dos significados que foram sendo atribuídos à migração como opção de vida, ao processo migratório experienciado e ao planeamento de uma gravidez no país de acolhimento. Dimensões estas, descritas e sustentadas na categoria **VIVENDO COMO MIGRANTE** e conforme se procura reproduzir na Figura 5, mantendo-a afeta à categoria **EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE** pela sua representatividade influenciadora.

Neste entrelaçamento de ideias, o tempo entendido como dimensão que acompanha os acontecimentos da vida dos indivíduos, foi surgindo como um fio condutor na interpretação dos dados que falam sobre o passado até ao momento presente e o que se prevê para um futuro próximo. Deste modo, pretendeu-se criar um elo facilitador da compreensão de sentimentos presentes e de comportamentos adotados, particularizando-se o que foi considerado como contributos para esta experiência atual e o que foi revelado como importante e que “faz falta”, mas que não se conseguirá usufruir durante esta nova experiência da maternidade.

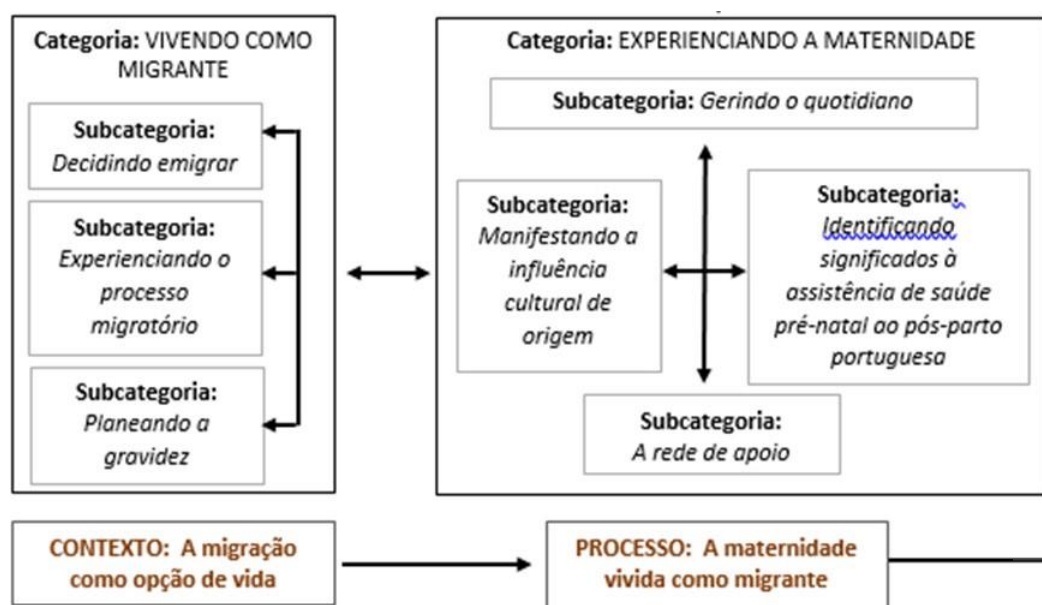


Figura 5. Fluxo processual de interligação entre a categoria **VIVENDO COMO MIGRANTE** e a categoria **EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE**

3.1 VIVENDO COMO MIGRANTE

VIVENDO COMO MIGRANTE, permitiu compreender e caraterizar as principais razões que levaram as mulheres migrantes a saírem do seu país ou a decidirem emigrar. E, numa perceção mais focalizada, ajudou a compreender como se posicionava a gravidez e a maternidade perante as motivações e expectativas relatadas.

Esta categoria dá uma visão do *Contexto*, onde se enquadra as circunstâncias que particularizam a migração como uma opção de vida e que foram sendo expostas pelas mulheres migrantes através dos dilemas emocionais, nos diversos planeamentos realizados ou, mesmo, nos obstáculos ou imposições que foram sendo encontradas ao longo do processo de migração.

Nesta lógica de análise dos dados, emergiu um conjunto de códigos, agregados a cada uma das três subcategorias, permitindo perceber, pelo seu nível de relação e de proximidade, as propriedades e as dimensões que compõem esta categoria, conforme se apresenta na Figura 6.

Fazendo, ainda, uma retrospectiva da codificação produzida e integrada no seu todo, o *Contexto* é concebido como uma variável da vida da mulher migrante que, ao longo do percurso da análise se irá refletir, de um modo mais implícito ou mais subtil, na experiência da maternidade vivida no país de acolhimento. E, de um modo mais focalizado e particularizado, nas interações entre mulher migrante-enfermeiro, ao longo do processo de cuidados de enfermagem durante a gravidez aos primeiros tempos da maternidade.

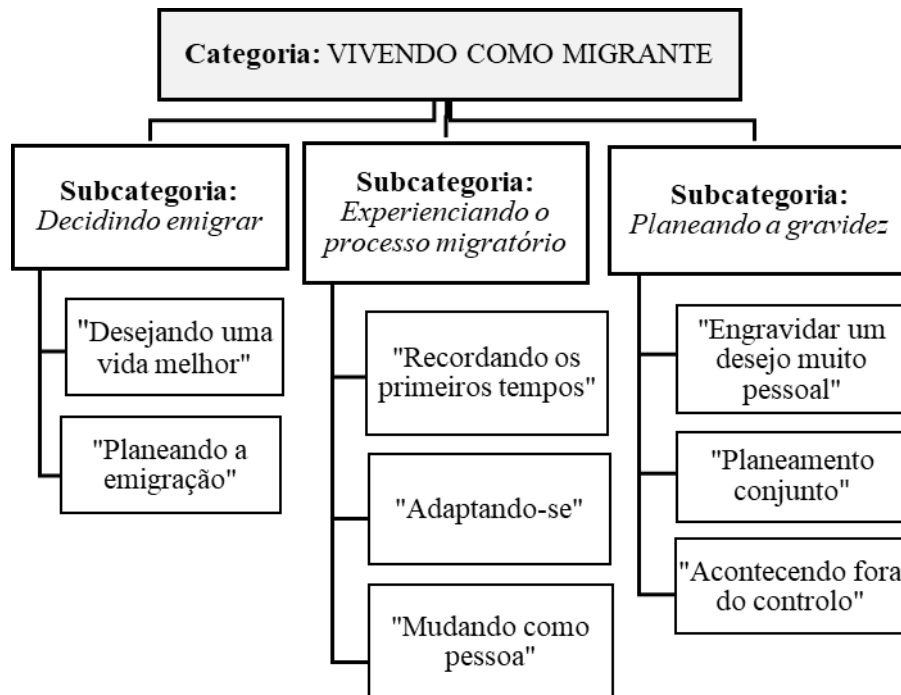


Figura 6. Representação esquemática da categoria VIVENDO COMO MIGRANTE, subcategorias e códigos

3.1.1 Decidindo emigrar

Partindo de uma sequência lógica na descrição das componentes da categoria VIVENDO COMO MIGRANTE, a subcategoria *Decidindo emigrar*, consolidou a ideia de que o decidir emigrar implica querer algo melhor do que se consegue onde se está. Uma decisão que, naturalmente, impõe um planeamento prévio, sendo este influenciado pela existência ou não de pontos de referência no país/local para onde se poderá emigrar, ou por acontecimentos/circunstâncias de vida que determinam condições a serem respeitadas para que a emigração aconteça. Com o Figura 6.1 pretende-se ilustrar a codificação construída e a relação entre os diferentes códigos que sustentam esta subcategoria.

Códigos: "Razões económicas" "Razões profissionais" "Necessidades em saúde" "Procurando a segurança"	Código focal: "Desejando uma vida melhor"	Subcategoria: <i>Decidindo emigrar</i>
Códigos: "Decidindo para onde emigrar" "Querendo viver juntos" "Acontecimento não programado"	Código focal: "Planeando a emigração"	

Figura 6.1. Subcategoria *Decidindo emigrar* e códigos agregados

Pela a análise e comparação dos dados, a procura de melhores condições surgiu como o argumento mais comum para esta mudança de vida, indo ao encontro de dados revelados no Relatório do Observatório Europeu de Acesso aos Cuidados de Saúde da Médicos do Mundo de 2009, relativo ao inquérito realizado em 2008 sobre o acesso aos cuidados de saúde de pessoas sem autorização de residência em 11 países da Europa (com a participação de 1218 imigrantes em situação irregular), quando se procurava conhecer os motivos para a emigração a maioria dos inquiridos referiram ter abandonado o seu país por razões económicas ou para ganhar a vida (Chauvin, Parizot', & Simonnot, 2009, p. 49).

No estudo, foram vários os motivos apontados pelas participantes, sendo que alguns deles se encontravam presentes em várias mulheres. Assim como, por vezes, a mesma mulher considerou mais do que um motivo significativo, originando uma codificação muito interligada, sustentada nos argumentos, sentimentos e expectativas relacionadas com os principais razões que levaram à opção de se imigrar, fazendo emergir o código "Desejando uma vida melhor" (código focal).

Diversos argumentos foram sendo expostos como incentivos para se optar por sair do seu país, permitindo especificar condições ou fatores que influenciaram a tomada de decisão. Assim, este esmiuçar de argumentos ajudou a identificar áreas onde incidiam as principais expectativas e desejos de cada mulher face à emigração e, por sua vez, ajudou na compreensão de como as condições de vida, ao longo do processo migratório vivenciado foram possibilitando a sua concretização. Ou, num ângulo oposto, quando as dificuldades encontradas e a desilusão se tornam fatores de risco para a saúde e bem-estar

da mulher migrante, conforme se procura dar a perceber na subcategoria *Experienciando o processo migratório*.

Quando se particulariza "Desejando uma vida melhor" surgem as "Razões económicas" (código), mais concretamente, a expectativa de se conseguir viver com mais dinheiro e obter, deste modo, melhores condições de vida, argumento partilhado pela maioria das mulheres. No entanto, os argumentos revelados como os principais incentivos para emigrar foram-se diferenciando e distinguindo, especialmente quando conjugados com outras circunstâncias influenciadoras e que, no seu conjunto, justificavam a escolha de Portugal como o país de emigração.

Remetendo aos dados que conferem as propriedades a esta codificação, destacam-se entre os casos, o de um jovem casal, ela com 23 e ele com 25, que muito cedo iniciaram a sua vida conjugal, mas onde a maternidade, apesar de ser importante, não foi a prioridade de ambos. Ficou claro, no discurso da grávida romena, que a vontade de melhorar as condições de vida era independente do local por onde tivessem que emigrar:

"Mas quando tentas sair do teu país e ver outras qualidades de vida, e tu achas aquela vida, e estás a ver outra qualidade de vida, a gente não pode parar mais e a gente vai sempre encontrar e procurar outros lugares para encontrar uma vida melhor." (Caso 2, migrante romena, com 23 anos, em Portugal durante 3 anos, interpolados, a experienciar a sua primeira gravidez, com 18 semanas e 6 dias; companheiro também romeno).

Assim, optou-se por Portugal por ser, na altura, o país onde havia possibilidade de emprego com alguma facilidade, obtido com a ajuda de um primo afastado do seu companheiro.

Num outro caso, quando a expectativa por melhores condições de vida se junta ao desejo de uma vida mais tranquila e de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os filhos, opta-se por sair do país:

"O meu marido veio para cá trabalhar, e depois vim eu para nos organizarmos e vivermos mesmo, não viemos tipo turista... não. Viemos mesmo para viver, e termos uma vida mais tranquila, com mais condições para os miúdos, mais por causa dos miúdos." (Caso 8, migrante angolana, com 38 anos, em Portugal há cerca de 15 anos, mãe de 3 filhas, sendo que a 1ª gravidez aconteceu em Angola, entre os 18-19 anos; a segunda filha com 8 anos e a última com 1 mês de vida e ambas nasceram em Portugal; companheiro também angolano).

Neste relato, pôde-se constatar que o manter a família próxima foi para esta mulher migrante uma outra condição influenciadora da opção de se emigrar, aspeto que gerou o código “Querendo viver juntos” e que se irá abordar mais à frente. Mas, regressando ainda ao código anterior, quando as condições económicas com que se vive no país de origem fazem com que membros de uma família alargada (pais, filhos e netos) coabitem na mesma moradia, pode despontar o desejo da independência da família nuclear, que apenas poderá ser conseguido com empregos melhor remunerados e que não se vislumbrava no seu país, motivando a emigração como revelou a grávida ucraniana:

“não tinha dinheiro para arranjar casa, morávamos na casa dos pais (...) lá tinha quintal, era uma casa grande, tudo arranjado e tudo em condições, também lá mora a minha irmã, porque ela é mais velha, e toma conta de todos, mas era preciso arranjar a nossa casa, por causa de crianças.

(...) arranjei um trabalho para ganhar, mas com crianças... e eu tinha vergonha de ficar ‘às costas’ dos pais, e dizer que preciso de dinheiro, e todos os dias é preciso alguma coisa, ainda mais com uma criança.” (Caso 1, migrante ucraniana, com 28 anos, em Portugal há cerca de 4 anos, a experienciar a 2ª gravidez com 24 semanas e 3 dias, primeira filha de 8 anos nascida na Ucrânia; marido ucraniano).

Um outro incentivo foi associado ao desejo de independência da família, sendo este a possibilidade de trabalhar na área que se formou (advogacia), até então não tendo sido possível no seu país. O código “Razões profissionais” evidencia a procura de emprego na área em que se adquiriu formação profissional, tendo surgido como justificação para se emigrar. Todavia, este argumento não foi mencionado como o principal motivo para se optar por sair do seu país, mas sim, associado a um dos principais, justificando-se o fato de a maioria das participantes do estudo apresentarem grau de instrução entre o ensino básico e o secundário e, por isso, enquadrarem-se nas profissões não-qualificadas.

Por sua vez, emigrar para se estudar surgiu como principal motivo das migrantes mais jovens, pertencentes aos PALOP, indo viver com familiares de referência ou em locais próximos da família que residia no país de acolhimento. Ressalva-se que, ficar grávida motivou a interrupção desse percurso, em algumas das participantes envolvidas, especialmente pela necessidade de sustento da futura criança, como se poderá verificar no *Planeando a gravidez*. Contudo, ao relacionar-se o motivo de se emigrar com o modo como o percurso migratório foi decorrendo, na presença de dificuldades económicas, a

necessidade de sustento tornou-se o grande motivo de abandono dos estudos e, a gravidez, como um acontecimento no percurso de vida da mulher migrante.

"Desejando uma vida melhor" mostra, também, que as questões de saúde, como o caso do tratamento prolongado da doença de um filho, podem tornar a emigração o único meio de resolução do problema de habitantes oriundos de países menos desenvolvidos, gerando-se o código "Necessidades em saúde" e, que muitas das vezes, torna mais evidente uma saída do seu país temporária, como relatou a esta participante santomense:

"Porque um dos meus filhos teve que vir ao médico... ele tem uma doença chamada adenose e tem anemia então tem que estar ao cuidado do médico. Dá para ir para África e voltar, mas ainda não posso sair sem a alta do médico, e desde 2010 quando eu vim até hoje o médico ainda não me deu alta porque sempre há um ano em que ele é operado, porque cada vez que a adenose cresce ele tem que ser operado." (Caso 21, migrante santomense, com 27 anos, em Portugal há cerca de 5 anos, coabita com o seu filho de 7 anos também santomense, a experienciar a 2ª gravidez com 31 semanas e 6 dias; companheiro a trabalhar em Londres).

Em situação de crise política no país de origem, em que a segurança da família é posta em causa e a emigração surgiu como argumento para a saída, codificando-se "Procurando a segurança" (código). Apesar de a situação de refugiado não ser objeto de estudo, esta migrante guineense, em Portugal há cerca de 17 anos, recordou a razão porque decidiram sair do país:

"Eu vim para cá por causa da guerra e, entretanto, como os meus sogros tinham cá uma casa... Nessa altura vim com o meu marido e também estava grávida já de duas semanas..." (Caso 10, migrante guineense, com 41 anos, em Portugal há 17 anos, com 4 filhos, a primeira nasceu na Guiné e os outros em Portugal, a última filha com 6 meses de vida; marido também guineense).

E, numa perspetiva mais individual, o desejo de uma vida melhor associado à independência também se manifestou em mulheres que decidiram emigrar sozinhas, optando por países e locais onde tinham familiares que as apoiariam nos primeiros tempos da imigração, até adquirirem a sua autonomia. Expõe-se, assim, uma das tendências da migração feminina, sendo este um fenómeno que se tem verificado desde a década de 60 do século passado e com tendência crescente em todos os tipos de migrações (Carmo, 2002; Wall & et al, 2008; J. C. Marques & Góis, 2012).

Todavia, por vezes emigrar não faz parte do projeto de vida das pessoas. Contudo, as situações de vida poderão tornar algo em que nunca se tinha pensado antes num incentivo, como revelou esta participante:

“Não é por nada, mas pronto, não havia necessidade. Eu vim porque o meu esposo já estava por cá. Sim, já é efetivo” (Caso 7, migrante brasileira, com 28 anos, em Portugal há cerca de 5 anos, vivendo com o seu marido (brasileiro) e filha com 1 mês e 7 dias de idade).

Ou, quando os planos do casal/namorados sobre a emigração temporária de um deles seja o suficiente para melhorarem as condições de vida no seu país, como contou esta migrante brasileira, há cerca de 9 anos em Portugal, falando do namorado (atualmente marido) que se encontrava imigrado em Portugal e, que apesar de nunca ter pensado em sair do seu país, o facto de os objetivos e tempo de imigração previstos pelo seu namorado não terem sido conseguidos, optaram por se juntar em Portugal:

“... nunca me tinha passado pela cabeça sair do meu país. Fiquei quase dois anos longe dele, mas ele resolveu mandar dinheiro para mim e eu vim para cá.” (Caso 5, gestante brasileira, com 32 anos, em Portugal há cerca de 9 anos com o seu marido, também brasileiro e filho de 6 anos e sem família de referência no país de acolhimento).

Nesta conjuntura da subcategoria *Decidindo emigrar*, tendo em vista algo melhor do que consegue onde se está e na comparação de incidentes direcionados aos incentivos que foram sendo relatados, a maioria das participantes deram a perceber um planeamento prévio, expondo pré-requisitos ou condições essenciais para se emigrar que, por si, despoletaram o “Planeando a emigração” (código focal). E, porque, de certa forma, a concretização dessas condições planeadas proporcionou o apoio, a segurança e o estímulo necessário durante os momentos mais difíceis do processo migratório experienciado, conforme se irá descrever posteriormente.

Assim, *Decidindo emigrar* implica decidir para onde emigrar, um pré-requisito que o migrante deve ter em mente e procurar planear antes de partir. Isto porque, ter-se um ponto de referência ou um apoio social de referência no país/local para onde se pretende deslocar nos primeiros tempos, transmite uma certa confiança, especialmente, quando a migração se processa fora do âmbito profissional ou, dito de outro modo, quando se perde ou se deixa um emprego/trabalho e se vai à procura de outro noutro país, conforme se interpreta com o código “Decidindo para onde emigrar”.

Este apoio social de referência, maioritariamente exercido pela família, quer seja mais próxima ou mais afastada, pareceu criar um elo de ligação que transmitia alguma segurança para a tomada de decisão de se emigrar para um determinado país/local. Um elo que se afigurou, para as participantes envolvidas, como um ponto de partida para a concretização dos motivos que as levaram a emigrar, visto que em todas elas se verificou o interesse na melhoria das condições de vida e, na sua maioria, não se manifestou um desejo de permanência definitiva no país de acolhimento, independentemente da gratificação até então encontrada com a imigração.

Por sua vez, a existência deste apoio social de referência, conjuntamente com o motivo de opção para se sair do seu país, foi-se consolidando como circunstância influenciadora na escolha de Portugal como país de emigração, como é o caso desta grávida romena e seu companheiro, que após equacionarem as possibilidades em 3 países, o ficar no seu país ou ir para Itália, onde se encontrava a família da gestante, ou voltar a emigrar para Portugal, optaram por esta última hipótese:

“...vamos ficar no nosso país, mas as possibilidades são muito diferentes, e ele como já teve cá um trabalho, e ele ficou muito bem com o patrão dele, que lhe disse que quando quisesse voltar tinha emprego, e então ele ligou, porque nós fomos para Itália, lá é que está a minha família toda, e estávamos a tentar arranjar mais dinheiro (...) Cada país tem as suas coisas, as suas disponibilidades, as condições são diferentes. Mas na Itália já podes ter outra qualidade de vida, mas também custa muito, ali a vida custa muito. Aqui a vida é um bocadinho menos cara, e dá para compensar. A gente tentou ver onde é que vivia melhor.” (Caso 2).

Retornando agora ao código “Querendo viver juntos”, a comparação entre incidentes relacionados permitiu perceber a importância de manter os membros de uma família nuclear a viverem juntos, mesmo que o tempo de imigração seja incerto, como já foi dado a perceber em alguns dos relatos anteriormente descritos.

Justificação semelhante foi encontrada entre as mulheres que decidiram emigrar para se juntarem ao companheiro/namorado já imigrado, na perspectiva de construção/sucessão da família:

“porque casei, e depois tive que vir, ele já estava aqui, nós conhecemo-nos quando ele foi lá passar umas férias, então eu vim logo a seguir.” (Caso7, brasileira a viver em Portugal há cerca de 5 anos, como o marido, também brasileiro, e filha com 1 mês e 7 dias).

“Querendo viver juntos” identifica-se com o reagrupamento familiar definido por Rocha-Trindade (1995, p. 49) “ processo de reconstituição da família no estrangeiro, em fase subsequente à emigração do primeiro dos seus membros (...) e, depois de estabelecido no novo país de residência, tentará os restantes membros, (...) pelo menos o cônjuge e os descendentes menores.” e tem subjacente o direito migratório ao reagrupamento familiar, definido no art.º 44º da Convenção Internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias, de 1990.⁴⁸

Mas, ao se refletir um pouco sobre “Querendo viver juntos”, percebe-se que este código nos conduz para o impacto do aumento dos grupos populacionais migrantes nas características sociodemográficas do país recetor, nomeadamente, no seu significado em termos da composição etária e sexual desses fluxos. Assim, no que diz respeito à estrutura etária das mulheres de nacionalidade estrangeira, maioritariamente, estas se situam em faixas etárias do período fértil e, no âmbito da fecundidade, nas idades mais férteis. Ao se associar à via do reagrupamento familiar, que se tem mantido como um dos principais motivos de entrada de mulheres migrantes no país nos últimos anos (C. R. Oliveira (Coord.) & Gomes, 2017; SEF, 2017, 2018) e ao facto de as mulheres migrantes viverem parte do seu período reprodutivo no país de acolhimento, constatou-se, como resultados positivos, um aumento das taxas da natalidade em Portugal quando comparadas com as da população de nacionalidade portuguesa em que a fecundidade não assegura a substituição de gerações desde a década de oitenta do século passado (Rosa et al., 2005; Peixoto et al., 2017).

Como, por outro lado, o mesmo código nos conduz para as questões da família, entendida por Slepj (2000, p. 71) como “um fenómeno culturalmente elaborado” que se edifica na organização primária da vida social de cada grupo, podendo ser constituída por duas ou mais pessoas, que estabelecem relações de parentesco, visando parentesco como “a relação que se instaura quer entre indivíduos vinculados por um laço de sangue, (...) consanguinidade (...) quer entre os componentes de famílias ligadas entre si por um casamento (...) afinidade” (Slepj, 2000, pp. 65-66). Neste ponto de vista, entre a variedade do tipo de famílias com que nos deparamos nos dias de hoje, desde os mais

⁴⁸ A Convenção Internacional da Organização das Nações Unidas sobre a proteção dos direitos dos trabalhadores migrantes e membros das suas famílias, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 45/158, de 18 de dezembro de 1990, entrada em vigor na ordem internacional a 1 de julho de 2003, em conformidade com o artigo 87.º, n.º 1. Disponível em <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencaomigrantes.pdf>

tradicionais às novas configurações das famílias das sociedades ocidentais contemporâneas, Segalen (1999) no âmbito da sociologia da família, depreende que a teoria do parentesco permite uma melhor compreensão de cada um dos diferentes sistemas familiares presentes numa mesma sociedade.

No entanto, não se pode deixar de referir que, entre os diversos fatores que possam condicionar o momento de se ter um filho, quer os relacionados com o percurso de vida da migrante na nova sociedade, quer os relacionados com as características pessoais e tipos de famílias, destaca-se, ainda, a tendência de os migrantes adotarem os padrões de fecundidade da sociedade recetora (Carrilho & Craveiro, 2015, p. 85 e 97), revelando-se aqui, uma adaptação à nova sociedade.

Dando continuidade à descrição das particularidades do “Decidindo para onde emigrar”, o surgir de uma gravidez também se revelou como circunstância influenciadora na escolha do país de migração, como foi o caso de um casal, em que ambos se encontravam imigrados em países diferentes (a grávida brasileira a residir em Espanha e o companheiro português em França) e que optaram por vir para Portugal para poderem viver juntos, sendo esta a razão principal apontada. Mas, também, por ser facilitador para a esta mulher migrante viver os primeiros tempos da maternidade num país em que dominava a língua e por não ter intenção de regressar ao seu país de origem. E, porque, engravidar foi um acontecimento imprevisto para o casal, houve necessidade de alterar a vida de ambos em prol da gravidez e recorrer às melhores condições existentes, quer para conseguirem ficar juntos, quer em termos de melhores condições habitacionais e possibilidade de usufruir do apoio da família do companheiro:

“No meu caso, eu vivia em Espanha, já tive um filho lá, em Espanha, e ele vivia em França. E a gente veio para cá, porque para a gente estar juntos era melhor vir para Portugal, porque os pais deles vivem aqui, e nem ele ia para Espanha, e nem eu ia para França, havia a língua...”

Eu não pretendo mais voltar ao Brasil... em todo o caso, se não tivesse ele, estaria em Sevilha (...) Então, foi por isso que a gente acabou por vir para Portugal, porque já tínhamos apartamento, aqui em Portugal, já tínhamos a casa e a família dele aqui.” (Caso 4, migrante brasileira, com 32 anos, que se encontra em Portugal há menos de 1 ano e que vivia em Espanha (1º emigração), país em que habitou durante cerca de 13 anos, a experienciar a 2ª gravidez com 32 semanas de gestação, primeiro filho com 7 anos nascido em Espanha; marido português).

Com efeito, “Planeando a emigração” permitiu compreender que, apesar do apoio social de referência que se possa prever no país de acolhimento escolhido seja um fator relevante, existem necessidades individuais e experiências de vida que determinam as diferentes circunstâncias em que as pessoas gostariam que acontecimentos importantes decorressem. Regressando ao incidente anteriormente descrito, o rejeitar imigrar para França pode ser justificado pela presença de dois obstáculos, sendo estes a adaptação a uma nova sociedade e o não saber falar o francês, ambos vistos como desfavoráveis ao período de adaptação à maternidade que se aproximava.

De facto, a participante ao deixar claro que não pretendia regressar ao seu país, viver em Portugal pareceu ser a opção que reunia as melhores condições para os primeiros tempos da maternidade. Evidencia-se aqui, todo um conjunto de readaptações físicas, emocionais e psicológicas que uma mulher enfrenta após o parto e na sua adaptação ao papel maternal, onde o suporte familiar torna-se facilitador no reajuste das tarefas familiares e nos cuidados ao bebé. E, perante uma gravidez que aparentemente não foi planeada, o casal dá a perceber algumas alterações “bruscas” nas suas vidas, nomeadamente a mudança de residência, de países, de ambiente social, o passar a viver juntos e a chegada de um novo membro na família. Porém, ao nível das condições essenciais para se emigrar, algumas medidas já tinham sido implementadas pelo casal, isto é, reconhecendo a necessidade de mudança de estilos de vida com a gravidez, tomaram decisões e realizaram mudanças que lhes pareceram vantajosas.

Um outro argumento que justificou as condições em que se pretendia que os acontecimentos importantes acontecessem e que se enquadra no “Querendo viver juntos”, foi o de se exigir que toda a família emigrasse ao mesmo tempo, como revelou a grávida ucraniana:

“Sim, queria [emigrar], mas queria ir com marido e filha, nem vou sozinha nem mando marido sozinho...e pronto e ficámos os três juntos” (Caso 1).

Conclui-se a caracterização da subcategoria *Decidindo emigrar*, deixando a ressalva de que nem sempre a emigração surge planeada, mas sim, como um acontecimento imprevisto que se foi mantendo, face às diferentes condicionantes que surgem em determinados períodos da vida das pessoas, como o ir passar férias e ficar para estudar ou porque as férias proporcionaram o namoro, entre outras razões interpretadas pelo código “Acontecimento não programado”.

3.1.2 Experienciando o processo migratório

A mudança de um país para o outro torna-se num evento significativo na vida das pessoas. Assumida como uma transição situacional complexa, a migração internacional vai para além da passagem para novos lugares geográficos e contextos sociais, conforme sugerem as experiências de imigrantes, o que caracteriza a migração como uma transição de vida são as passagens entre diferentes condições de vida, status e fases e as auto-redefinições ocorridas ao longo do tempo (Messias, 2010, p. 226). Uma mudança que se processa por etapas, desde a rutura afetiva, física e cultural com a saída do seu país (ou de uma sociedade onde a pessoa já se sente integrada) para um meio ambiente novo, onde se processa um desafiante contacto direto e continuado entre duas culturas, fazendo ocorrer mudanças, aprendizagens e adaptações sociais e psicológicas, que tanto podem conduzir a modos de aculturação saudáveis e satisfatórios ou, pelo contrário, num extremo oposto, quando a adaptação se torna difícil ou ambivalente, existindo uma exposição elevada a situações geradoras de stress que conduzem à marginalização, (Sousa, 2008 citando Neto, 1993). Todavia, cada modo de aculturação não se apresenta linear. Ou seja, no processo de transformação inerente à adaptação a novas crenças culturais através de interações sociais (Samarasinghe et al., 2010), surgem subtilezas que particularizam o percurso de aculturação de cada migrante, assim como, mais do que um modo de aculturação pode ser utilizado pelo mesmo migrante, mediante situações e contextos em que as relações interculturais vão acontecendo (Sousa, 2008).

Com efeito, o contacto intercultural e a coabitação com a diversidade cultural, ao longo do processo de integração do migrante na sociedade recetora, desencadeiam o choque cultural, uma adaptação social e psicológica às diferenças sociais e valores e necessidade de novas aprendizagens que, se não forem bem-sucedidas, podem gerar risco para a saúde física e mental do imigrante (N. Ramos, 2012; Sousa, 2008).

No âmbito do estudo, toda esta dinâmica de adaptação da mulher migrante à nova sociedade exige um reajuste dos diferentes papéis, anteriormente assumidos, nas dimensões familiar, profissional, social e cultural. E, fazendo, desde já, uma breve ligação com a maternidade, reconhecida como um acontecimento predominantemente social e cultural (Fidalgo, 2003; M. C. Canavarro, 2001, 2006), uma dinâmica que poderá exercer influência na construção das representações da gravidez e da maternidade, bem como na adaptação e exercício das funções maternas.

Experienciando o processo migratório foi construída a partir da interpretação e comparação dos incidentes associados ao percurso de migrante até então vivido e do modo como as mudanças e as adaptações efetuadas foram influenciando as suas vidas, as suas motivações, atitudes e identidade individual. Um constructo que foi sendo elaborado pelo reviver dos primeiros tempos de imigração, com a descrição de aspetos marcantes e das grandes dificuldades experienciadas, codificado de “Recordando os primeiros tempos” (código focal); pela descrição de aspetos significativos no processo de adaptação à nova sociedade e pelo equacionar de aspetos positivos, dos mais frustrantes e dos objetivos ainda não conseguidos, como que fazendo-se um balanço da sua vida de imigrante até então, codificado de “Adaptando-se” (código focal); e pelo relevo dados às mudanças de comportamento e modo de gerir e resolver as situações experienciadas ao longo do processo migratório, codificado de “Mudando como pessoa” (código focal), conforme se representa na Figura 6.2.

Considerou-se, também nesta subcategoria, os testemunhos de mulheres com vários anos de imigração no país, isto porque, apesar de se perceber a existência de uma integração na sociedade de acolhimento e de alguma estabilidade na vida, os relatos revelaram outros aspetos que demonstram um tempo de imigração ainda incerto.

Códigos:	Código focal:	Subcategoria: <i>Experienciando o processo migratório</i>
“Autorização de residência”	“Recordando os primeiros tempos”	
“A precariedade no trabalho”		
“A representação estereotipada e depreciativa”		
“Um passo difícil”		
<hr/>		
Códigos:	Código focal:	
“Adiando o investir na área profissional/acadêmica”	“Adaptando-se”	
“Ao encontro do seu propósito”		
<hr/>		
	Código focal:	
	"Mudando como pessoa"	

Figura 6.2. Subcategoria *Experienciando o processo migratório* e códigos agregados

“Recordando os primeiros tempos” (código focal), ao interpretar aspetos marcantes e as grandes dificuldades experienciadas, transporta-nos, logo à partida, para

o modo como aconteceu a deslocação e o significado que lhe foi atribuído, sendo exposto um tipo de deslocação muito utilizado pelos migrantes oriundos do Leste europeu, especialmente durante os anos de maior fluxo migratório para Portugal. Mas, mesmo sendo uma experiência posicionada no passado e de menor importância no momento atual, foi lembrada como um trajeto muito complicado e de sofrimento:

“Foi muito pesado, mas olha... [encolheu os ombros] ...a viagem numa carrinha grande foi três dias, a Carolina era pequenina, tinha três anos. Foi muito complicado, mas já passou, já esquecemos...” (Caso 1).

A sensação de se estar pior do que se estava no seu país, foi representativo dos primeiros tempos vividos na nova sociedade, em que predominavam momentos de angústia, insegurança, instabilidade, falta de apoio e, por vezes, dificuldades económicas. Os motivos apontados pelas participantes foram diversos, que pela análise e comparação dos dados permitiram identificar semelhanças e efetuar uma caracterização por dimensões, onde estes sentimentos e necessidades foram mais significativos, codificando-se de:

- “A autorização de residência”, na dificuldade em se conseguir a documentação para regularizar a situação de imigrante:

“Depois vim para aqui e foi ainda pior do que estava... naquela altura o visto, e os documentos para vir para aqui, foi muito complicado.” (Caso 1). Trata-se de um aspeto que se evidencia em diversos estudos que dão voz ao migrante, motivado por um complexo sistema de procedimentos burocráticos que são exigidos, a que se junta falhas no acesso à informação/orientação por parte da sociedade recetora e, num outro plano, a falta de informação do migrante e de recursos para adquirir a informação e para agir (Sousa, 2008; Reis, 2015).

- “A precariedade no trabalho”, ao ser evidenciada nas expressões “Dá para viver” e “Aceitável”, que a maioria das participantes utilizaram para descrever a situação económica em que se encontravam, mas que, ao mesmo tempo, transportavam uma dimensão do percurso como imigrante vivido com dificuldades. Mas, também, no especificar do seu significado e valor atribuído, desde os primeiros tempos de imigração, através de uma descrição detalhada dos momentos em que arranjam trabalho, o nº de horas de trabalho que foram conseguindo realizar, em que horário estes aconteciam e a sua influência na gestão do tempo do dia-a-dia, aspeto este, que irá ser abordado posteriormente, pela importância que detém no gerir do quotidiano durante a vivência da gravidez e da maternidade como migrante:

“Cá consegui, mas não é uma grande coisa... Consegui o primeiro emprego com seis meses, trabalhei seis meses e despediram-me, depois consegui mais outro emprego com um ano, depois a senhora para onde fui trabalhar faleceu, depois consegui mais um num restaurante, trabalhei um ano e dois meses, mas depois o restaurante foi à falência e vim para casa. E vim para casa até hoje, e só faço três horas. (...) Sim, limpeza [empregada doméstica], tenho que acordar às quatro e meia para apanhar o autocarro, para quando for seis horas já estar no trabalho e sair às nove horas. É o único que tenho até agora. É pouquinho... (Caso 9, migrante santomense, com 35 anos, em Portugal há 5 anos, a experienciar a sua 4ª maternidade, os 3 primeiros filhos santomenses e a última, com 3 meses de vida, nascida em Portugal; marido santomense).

Perante uma remuneração baixa, surge a necessidade de ambos os cônjuges trabalharem para o sustento da família, no sentido de se criar alguma estabilidade financeira perante os encargos da família, dizendo a mesma migrante:

“porque só o meu não dá para nada... não chega nem para pagar a renda, quanto mais para outras coisas...”

Contudo, a crise económica que se instalou em Portugal nos últimos anos, aumentou a instabilidade financeira dos migrantes pelo despedimento e dificuldade em encontrar novo trabalho que, com a falta de apoio familiar na sociedade recetora, foram gerando sentimentos de angústia e de frustração face às expectativas planeadas, nomeadamente, quando se emigra para se viver com o companheiro e quando se chega não se encontra as condições que os outros contaram:

“mas ele resolveu vir e disse que daí a uns dois anos ia embora... só que chegou aqui e não encontrou grandes coisas, não teve tanta sorte no trabalho e acabou por ficar mais dois anos. (...) toda a gente diz que o vosso país é bom, que se ganha mais e a gente acaba por sair..., mas não é bem assim... não tem nada a ver...” (Caso 5).

A precariedade no trabalho, também se fez representar na impossibilidade do reagrupamento familiar, resultando num viver sozinha enquanto se aguarda melhores condições de vida que facilitem a reunião da família e com a particularidade de se estar grávida do segundo filho, no momento, de baixa por risco de parto prematuro, provocado pelo cansaço e esforço físico por se ter estado a trabalhar, em simultâneo, como empregada de limpeza e na restauração:

“O meu marido e o meu filho vieram só passar um tempo e depois voltaram para lá... eles não têm condições de vir, e o meu marido veio cá, mas não encontrou nada para

fazer e teve que voltar... e agora estou sozinha em casa...” (Caso 18, mulher santomense, com 30 anos, em Portugal há cerca de 5 anos, com um filho de 9 anos que nasceu no seu país e na 2ª gestação, de 36 semanas, a acontecer em Portugal; companheiro santomense).

Um testemunho representativo da realidade da vida de muitas mulheres migrantes onde existe maior fragilidade económica e precária rede familiar ou de apoio social informal durante a gravidez (Keygnaert et al., 2016).

Contudo, o facto de se ir conseguindo trabalho, logo nos primeiros tempos de imigração, mesmo que mal remunerados e a curto prazo, para algumas das participantes foi encarado como algo positivo, como que permitindo “segurar as pontas”:

“Eu cheguei e passados uns dois meses comecei a trabalhar, mas não deu certo e eu tive que sair, porque a empresa era pequena, depois consegui arranjar outro, o meu marido também não tinha trabalho fixo, depois a partir daí ele conseguiu um trabalho fixo, e é onde está até hoje...” (Caso 5);

“mas podemos sempre trabalhar... Eu fiquei desempregada, mas não estava sem trabalho porque trabalhava por contratos e depois vinha para casa, mas sempre vinha trabalhar.” (Caso 8);

- “A representação estereotipada e depreciativa” da mulher migrante, particularmente, das oriundas de determinados países, funciona como um estigma, logo desde o início do processo migratório. Uma representação que se revela nas interações com a população autóctone em diversos contextos, quer por comentários inconvenientes ou modos mais ríspidos de se comunicar, quer por procedimentos discriminatórios e que provoca insegurança a diferentes níveis, mal-estar, frustração e sensação de que não se conseguirá ser completamente aceite e respeitado como cidadão na sociedade de acolhimento. Nos seguintes depoimentos, são descritos detalhes que permitem perceber de como esta dimensão pode afetar negativamente a mulher migrante, logo na fase inicial do processo migratório, exigindo esforço contínuo na procura de estratégias de atuação que facilitem o seu processo de adaptação e integração na nova sociedade.

Esta migrante brasileira, dá especial relevo tanto à dificuldade em fazer valer os seus direitos no emprego, reprimindo-se, no sentido de manter o seu sustento por não ter a quem recorrer, como à visão estereotipada da mulher brasileira que casa com um português, para facilitar a sua legalização no país, aspeto este que se tornou significativo nas suas interações num contexto de cuidados de saúde, como se abordará mais à frente:

“as pessoas olham sempre... parece até paranoia, mas não é... a gente trabalha e faz os descontos, tenho os meus documentos e tudo... mas há sempre aquela coisa assim por trás... você sente... e eu não falo por todas as pessoas, mas há coisas que dá vontade de desistir... tudo bem eu não nasci aqui, mas eu contribuo da mesma maneira, trabalho da mesma forma, e se calhar até trabalho um pouco mais porque, infelizmente, para quem vem atrás de melhor se sujeita às coisas... é sempre muito difícil (...) e eu falo em imigrantes pelas experiências que eu vejo em relação a algumas colegas que eu tenho no trabalho, faltam ao trabalho, a responsabilidade parece que não é a mesma, não pensam tanto porque parece que têm sempre um apoio de algum familiar, se perderem o emprego, e eu acho que se calhar é isso... Mas nós temos os mesmos direitos... eu digo isso porque, e não estou a falar de todos, mas muitos aproveitam-se dessa situação... porque a maneira que tratam se faltar... É mais como se fosse uma posse... e isso é que eu tenho sentido. Não sou maltratada, porque eu faço de tudo para não (...) é a mesma coisa em relação aos pretos (...) só quem é imigrante é que sabe. São as dificuldades... as pessoas sentem na pele, na loja, eu estou numa loja e a gente sente... nunca é igual e às vezes magoa e as pessoas não têm a noção... o tanto que às vezes dói... (...) e eu sinto muito esse peso de ser casada com um português... É o rótulo que a brasileira tem de piriguete... mas nem todas são assim. Quando eu me casei, é lógico que me legalizei mais rápido através do casamento, mas os papeis já estavam no consulado. Mas muita gente pensa que eu casei por isso... (Caso 13, migrante brasileira, com 36 anos, em Portugal há 11 anos, a experienciar a sua 1ª gravidez com 34 semanas; companheiro português);

Por sua vez, esta migrante romena, já com experiência como migrante em Portugal e em Itália, ressaltou comportamentos, formas de se apresentar e de se estar, que a mulher migrante deve ter em consideração para ser bem aceite e respeitada na nova sociedade, especialmente, quando se é oriunda de uma população rotulada de pobre e com comportamentos estereotipados:

“Cada país tem as suas coisas, as suas disponibilidades, as condições são diferentes. Por exemplo, as condições em que nós vivemos na Roménia, não vivemos na miséria, como toda a gente pensa. É verdade que é um país mais pobre, mas a gente não vive na miséria (...)

Mas nós nunca vamos fazer parte deste país, porque eles sabem que não és português. Tu és romena e vais ser tratada como tal, (...) e na televisão não se fala muito bem dos

romenos, e também porque se um faz bem, não faz notícia... não faz... aquele que está a fazer mal é que faz notícia! Mas as pessoas não pensam assim...

(...) é mais fácil ir falar com uma pessoa se são [ambos] portugueses, mas tu como estrangeira tens que dar espaço naquele círculo de pessoas, por exemplo, tens que ter cuidado com aquilo que dizes, tens que ter cuidado até com aquilo que vestes... tu tens que ter consciência que não estás no teu país e um passo mal feito é um passo mal feito e toda a gente vai falar de ti (...) Onde vais, depende a roupa que tu vestes... não podemos mais dizer que a indumentária não faz a pessoas... porque faz (...) temos de ter cuidado com as coisas que nós fazemos, por ter respeito pelo mesmo nível e por ver a pessoa que somos cá dentro, para conseguir ter o nosso espaço, porque senão nunca vais conseguir.” (Caso 2);

A migrante santomense, revelando comentários que com frequência ia ouvindo, apesar de, até então, nunca se ter sentido afetada por isso:

“Eu já ouvi várias vezes na camioneta que os portugueses são racistas, e que são maus, e a mim ainda não me chegou e espero que nunca vá chegar... não vi nenhuma diferença porque eu sou preta ou mulata, e tratam bem ou mal... não vi nenhuma diferença. Da minha parte está tudo sob controle...” (Caso 21);

- “Um passo difícil”, ao se considerar o que se deixou para trás com a mudança de país, depreendeu-se que a rutura afetiva, física e cultural, tornaram os primeiros passos da imigração um processo difícil, especialmente perante obstáculos que impedem a concretização dos seus propósitos:

“Para já, não é tão fácil por ser imigrante e largar o país da gente para vir para outro país... o sacrifício que a gente faz para sair do nosso país e depois chegar aqui e encontrar muita desilusão... assim fica muito difícil...” (Caso 5).

Outros aspetos também foram particularizados pelas participantes, contudo, ao se ter em linha de conta as diferentes fases do processo de migração em cada uma se encontrava, por vezes, alguns dos obstáculos com se depararam na fase inicial adquiriam novos contornos ao longo do percurso migratório. “Adaptando-se”, surgiu como código agregador de um conjunto de acontecimentos, condições e adaptações praticadas, que foram sendo interpretados de acordo com os significados atribuídos às experiências vividas e de como se sentiam face às motivações e expectativas iniciais.

“Adiando o investir na área profissional/académica” (código), caracteriza a influência da compreensão da língua da sociedade recetora no alcance profissional,

particularmente nas profissões diferenciadas, e torna-se essencial para a integração e autonomia do migrante, como justifica esta participante ucraniana: “...*para mim foi diferente quando comecei a falar português (...) não falo muito perfeito, mas consigo explicar o que preciso ou o que quero perguntar*” (Caso1). E no caso desta migrante do Senegal que optou por fazer um curso de português assim que chegou ao país, para facilitar a sua adaptação: “*Eu já fiz um curso de Português.*” (Caso 6, migrante do Senegal, com 38 anos, em Portugal há cerca de 7 anos, a experienciar a sua 2ª gravidez com 36 semanas, com uma filha de 5 anos nascida em Portugal).

Contudo, a necessidade de saber ler e escrever bem em português pode ser um obstáculo para as migrantes licenciadas que queiram trabalhar na área que detinham formação. Assim, em prol da estabilidade da vida familiar, acrescido à incerteza de se conseguir manter legal no país, as motivações profissionais que faziam parte de um projeto inicial podem ter que ser adiadas por vários anos, como revelou a mesma migrante, formada em advocacia, que se encontrava em Portugal há cerca de 4 anos e a trabalhar como empregada de mesa de um restaurante:

“...*,mas era preciso tirar curso de línguas, porque a língua ainda não está aprendida muito bem (...) os papéis tenho que tratar todos os anos e também não dá para arranjar trabalho só por dois ano (...) pensamos...[planeámos], mas nesta altura não tenho tempo nem tenho condições...*” (Caso 1).

Por outro lado, os horários laborais praticados não permitem terminar o curso profissional já iniciado, circunscrevendo-se o plano migratório à situação económica até então conseguida no país de acolhimento, como deu a perceber a migrante cabo-verdiana, em que o motivo de imigração foi para estudar, tendo realizado 2 cursos profissionais, o de Técnica Auxiliar de Farmácia e o de Técnica de Análises Laboratoriais, mas encontrando-se a trabalhar como empregada doméstica, por não ter conseguido trabalho nas áreas em que se formou:

“*Técnica de Farmácia falta-me o estágio, mas como trabalho, é mais difícil fazer o estágio...*” (Caso 3, migrante cabo-verdiana, com 27 anos de idade, há 9 anos em Portugal, a experienciar a sua primeira gravidez, encontrando-se com 28 semanas de gestação; namorado santomense).

Ou, quando acontecimentos imprevistos na família que sustenta a migrante, que veio para estudar, provocam dificuldades económicas, passando a ser necessário trabalhar

para o seu sustento e para ajudar a família que vive no seu país de origem, após a morte do seu pai, como referiu esta jovem cabo-verdiana:

"Era para fazer informática gestão. Lá no Norte, Braga. (...) Fiz primeiro ano, segundo ano e faltava terceiro ano. Depois eu vi que não dava ...não tinha condição de terminar o estudo... fui procurar trabalho para ajudar a minha mãe também (...) Para sustentar a minha família (...) O meu pai já faleceu (...) Tem um irmãozinho [confirmando ter mais que um irmão] (...) Ela [mãe] está com a minha avó [que] está doente." (Caso 14, migrante cabo-verdiana, com 24 anos, em Portugal há cerca de 4 anos, a experienciar a sua 1ª gravidez, com 26 semanas e 6 dias, como mãe solteira e namorado também cabo-verdiano).

Considera-se, também, que "Adiando o investir na área profissional/académica" pode retratar as situações em que se demonstra uma desmotivação temporária ou expectativas adiadas, pela dificuldade em se encontrar emprego na área em que se adquiriu formação durante o seu percurso migratório, como se percebeu no discurso desta jovem migrante cabo-verdiana que, por não conseguir trabalho como Animadora sociocultural, era ama de uma criança para se sustentar:

"Animadora sociocultural (...) Já terminei, sim. (...) há três anos atrás." (Caso 15, migrante cabo-verdiana, com 22 anos, em Portugal há cerca de 4 anos, a experienciar a sua 1ª gravidez com 28 semanas e 3 dias, mãe solteira e namorado cabo-verdiano).

Partindo para uma outra característica do código "Adaptando-se", surgiu "Ao encontro do seu propósito" (código), ao se constatar o esforço em se manter o foco nos objetivos traçados, não se desistindo deles, independentemente das condicionantes ou deceções com que cada um se possa confrontar, no sentido de preservar o sentido da emigração realizada. Mas, também, porque os "pequenos" ganhos até então encontrados favorecem o preservar da migração:

"A gente não teve sorte de encontrar aquilo que nós queríamos, e ainda não encontrámos, mas a gente quer conseguir com as próprias forças e ter as nossas coisas (...) mas agora já não estamos como antes, e já temos outra vida." (Caso 2).

Articulando com a caracterização e descrição do código "Decidindo emigrar", o desejo da reunificação familiar, após se conseguir a estabilidade económica ambicionada, teve que se ir ajustando às condições conseguidas numa sociedade a passar por uma resseção económica, com manifestou esta migrante santomense, num balanço do seu percurso migratório:

“Olhe, o que eu tenho ganho é assim, consegui pôr os filhos a estudar cá, só falta uma, mas ela há-de vir, e é a única coisa. Posso estar perto dos meus filhos, e com isso sinto-me muito bem. E já fui a São Tomé de férias e também me senti muito bem... mas isso é assim, tem altos e baixos, quando eu tinha aqueles trabalhos todos no restaurante e na limpeza eu conseguia dar um passo. Mas agora já não estou a conseguir dar um passo porque fiquei com pouco trabalho e tenho mais responsabilidades com os filhos..., mas por mim eu não vou dizer: ah, vêm os filhos, é por isso que está assim... não, porque eu queria mesmo que os filhos viessem... mas, só espero que um dia melhore para mim...” (Caso 9).

Relacionando com as questões de “Adiando o investir na área profissional/académica”, em que se verificou que outras motivações foram sendo concretizadas, assim como se deu a perceber que outras condições de vida foram sendo proporcionadas na nova sociedade, gerando satisfação e vontade de ficar mais algum tempo:

“Então a vida vai e já está mais organizada, já temos outras coisas em casa, já arranjámos trabalho, já é mais fácil para viver aqui (...) as condições de vida estão melhores, a alimentação, podemos passear, segurança, aqui a vida é diferente do que lá na Ucrânia (...) Sim, primeiro foi um, e depois dois e dois, e em 2016 vou tirar para cinco anos.” (Caso 1).

Ou, mesmo, porque a nova experiência de se trabalhar para se conseguir sustentar trouxe a sensação de independência monetária de outros, tendo como consequência a realização pessoal que não se tinha conseguido no seu país:

“Em Cabo-Verde eu não estava a trabalhar. Estava em casa (...) não estava a depender propriamente de mim (...) estava a depender do pai do meu filho, depois a gente separámos e dependia de minhas famílias. E depois quando eu vi para cá a partir de um mês, eu já estou a trabalhar. E agora estou a depender de mim. Agora acho mais importante.” (Caso 11, migrante de Cabo Verde, com 31 anos, em Portugal há cerca de 3 anos, tem um filho de 15 anos também cabo-verdiano e uma filha de 4 dias nascida em Portugal).

Todavia, “Ao encontro do seu propósito” não dá só visibilidade aos ganhos reconhecidos, isto é, o que pode manter as pessoas imigradas por mais algum tempo, pode ter a ver com a vergonha de enfrentar a sua própria comunidade/família de origem, dando a perceber que não se conseguiu o pretendido, como revelou esta migrante brasileira, na

sua ambivalência, entre o valor dado à falta de suporte familiar e o apreciar algumas das condições de vida proporcionadas pela sociedade recetora, pretendia manter-se imigrada por mais algum tempo até conseguir atingir os seus objetivos:

“Em relação à situação financeira, nada mudou... continua até pior... É muito triste quando as pessoas dizem: foi buscar uma vida melhor e chega ainda pior... Só que a gente não sabe, há alguns que ficam melhor e outros que ficam pior. Mas infelizmente a gente ainda não teve essa sorte (...)

Mas agora pensar que vou embora e ter de começar tudo do zero, então já penso que quero ficar aqui, por enquanto, para ver se consigo ir com mais pés no chão... Eu já acho muito mais difícil voltar para o meu país sem ter as condições que eu vim buscar do que ficar aqui, porque a gente luta, luta, está sempre no mesmo sítio, e agora vai-se embora com uma mão à frente e outra atrás...? Eu tenho amigas que foram embora há mais de um ano e só agora é que estão a gozar as coisas lá... Elas dizem que lá está tudo caríssimo. As crianças aqui, a gente consegue vesti-las com coisas simples e lá não (...) Eu não sei se o faria hoje, mas agora também para voltar para lá eu já penso, não tenho casa própria e para voltar para lá e morar de renda como estou aqui vale mais ficar aqui mais um bocadinho para ver se consegue comprar... Mas agora eu gosto muito daqui, e... sei lá... com a convivência a gente habitua-se. Problemas há-os em todos os sítios... não se ganha lá muito, mas pelo menos é seguro, e dá para viver...” (Caso 5).

Pela descrição dos diversos testemunhos foi ficando claro uma perspectiva de se ficar em Portugal, por mais algum tempo, para se conseguir atingir os objetivos. Ou, dito de outro modo, a maioria das participantes, migrantes de primeira geração, manifestaram vontade de regressar ao seu país:

“Gosto, gosto muito por vários motivos. Segurança, estabilidade que a gente aqui tem, sei que um dia vou voltar para o Brasil, mas gosto de estar cá. Na verdade, se tivesse os familiares aqui, talvez ficasse mais algum tempo...” (Caso 7);

“Sim... porque São Tomé é o meu país, gosto muito de lá, muito mesmo.” (Caso 9);

“Não, eu não decidi ficar... como é que posso explicar... o tratamento ainda não acabou [do filho]. Dá para ir para África e voltar, mas ainda não posso sair sem a alta do médico.” (Caso 21);

“Sim, ele quer [companheiro pretende regressar ao seu país de origem, São Tomé]. Para mim tanto faz, eu também tenho família em São Tomé, o meu pai é de São Tomé.” (Caso 3).

Por sua vez, as mulheres com experiência na migração, mostraram vontade de se manterem como migrantes, nesta ou noutra sociedade, de acordo com as suas motivações e expectativas:

“mas agora é por aqui mesmo...” (Caso 4);

“Agora pensamos em ficar... por quanto tempo não sei.” (Caso2).

Com efeito, a imigração por tempo incerto, foi a ideia que mais prevaleceu dos discursos das participantes do estudo.

Uma outra situação que foi revelada como dificultadora no atingir dos propósitos delineados, foi o surgir de uma gravidez não planeada pelo aumento das despesas no orçamento familiar e o adiamento das expectativas criadas:

“...só que a gente opta por isto ou por aquilo, porque depois que o meu filho nasceu tudo mudou completamente... não tem nada a ver... a partir daí foi mesmo...[optando pelo silêncio]” (Caso 5).

Numa organização estratégica e lógica da descrição das dimensões da subcategoria *Experienciando o processo migratório*, surge, por fim, a dimensão “Mudando como pessoa”, representada pelo reconhecimento de mudanças na forma de se estar, de se gerir e ultrapassar as situações ou circunstâncias. Isto é, particulariza o significado atribuído às mudanças provocadas pelas relações interculturais que se foram estabelecendo e às aprendizagens e reajustes realizados, para se conseguir uma adaptação saudável e equilibrada ao longo do processo de migração experienciado. Um código que assume particular relevância para as questões da interação que a mulher migrante foi estabelecendo com a enfermeira, em contexto de cuidados de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto e nos primeiros tempos da maternidade.

Reportando aos dados, considera esta mulher brasileira que a experiência da migração a fez mudar muito dizendo:

“Eu acho que foi a segurança das coisas, a firmeza de conversa, o que falar, como agir... eu acho que lá eu era independente, mas por ter pais por perto eu era bem diferente. Quando você vai embora de casa ou emigra, você cria uma independência um quanto maior, você sabe com quem pode contar, no meu caso, com o meu esposo, eu posso contar com ele, mas ele também tem que contar comigo, então tem que ser uma

parceria mesmo. Então, eu acho que cresci mais, fiquei mais madura.” (Caso 7).

Bem como, o reconhecido valor da independência económica na autonomia da mulher, como dá a perceber esta migrante cabo-verdiana:

“E depois eu estou a depender de mim mesma. Acho isso mais importante. Para não estar propriamente a depender dos outros. Se está a depender dos outros, não decide a tua vida.” (Caso 11).

3.1.3 Planeando a gravidez

Neste seguimento, a subcategoria *Planeando a gravidez*, especialmente reveladora de interesses pessoais motivadores na decisão de se ter um filho no país de acolhimento, também, procura interpretar acontecimentos, opções e aspetos do planeamento que a mulher migrante tenha efetuado para a atual gravidez, tendo por base o percurso de migração até então realizado, como se ilustra na Figura 6.3.

Códigos: “Revelando ser um assunto seu” “Sobrepondo-se à progressão na escolaridade”	Código focal: "Engravidar um desejo muito pessoal"	Subcategoria: <i>Planeando a gravidez</i>
Códigos: “Argumentando a opção de ter um ou ter outro filho” "Criando condições de vida para ter um filho"	Código focal: “Planeamento conjunto”	
Códigos: "Adiando o reconhecer da situação” "Considerando manter ou não a gravidez” "Gravidez não planeada mas desejada"	Código focal: "Acontecendo fora do controlo"	

Figura 6.3. Subcategoria *Planeando a gravidez* e códigos agregados

Nos discursos das participantes, foi ficando claro que o número de filhos e a altura de engravidar surgiu como um desejo pessoal da mulher, independentemente da existência de um planeamento conjunto entre o casal. Os diferentes argumentos que foram sendo revelados sobre o desejo de engravidar caracterizam o código focal “Engravidar um desejo muito pessoal”, percebendo-se nos dados codificados de “Revelando ser um

assunto seu”, que este desejo tanto ocorre numa relação conjugal com alguma estabilidade, nomeadamente quando já coabitam e têm outros filhos, ou quando a mulher procura as condições mais adequadas à vinda de um filho e se confronta com a fase tardia do período fértil, conforme revelado pelas participantes:

“Foi porque quis (...) Eu queria mesmo. Nós temos quatro filhos, mais de quatro não, mas eu sempre gostei de quatro filhos.” (Caso 9);

“Claro decidi isso (...) Como já tem 15 anos. [Refere-se ao 1º filho] ”(Caso 11);

“É uma gravidez que é desejada, que eu desejei tanto, fui sempre adiando porque estava longe da família, e depois podia não conseguir voltar e o meu marido também é daqui e eu já vou fazer trinta e seis anos e tinha que ser agora.” (Caso 13).

“Revelando ser um assunto seu”, porque ocorre por decisão da própria mulher, pelo número de filhos que desejou ter e sente que é a altura de concretizar, mesmo não sendo um desejo do casal, ou porque considera importante a vinda de um filho no seu atual contexto familiar, como se depreende nestes relatos:

“Pois... ele não concordava... eu é que queria... eu é que queria ter um segundo filho... ele não queria (...) Depois desse eu já não quero mais ... mas eu gostava de ter duas (...) Aqui, no segundo, eu meti aparelho, o implante, e quando eu decidi ficar grávida, eu tirei em Fevereiro, e só em Junho é que fiquei grávida. Eu senti quando eu fiquei grávida, eu queria ficar grávida, todos os meses eu queria ficar grávida.” (Caso 6);

“...não queria que ela fosse sozinha. A nossa família tem mais dois filhos, irmãs, e na família do meu marido também é ele e mais um irmão, há primos, são famílias grandes e ficarmos só com uma filha era pouco.” (Caso 1);

“Como é que eu posso explicar... não aconteceu... como ele não tem companheiro, é só nós os dois, eu trabalho e ele é só escola, então arranjei um namorado e dei a ele um irmão para o acompanhar...” (Caso 21);

“...como eu não penso ir embora agora, pensei em arranjar outro (...) porque se eu vou esperar para ir embora e depois tentar ter outro... eu queria ter mais um e o meu filho queria também ter um irmão... ele já tem um da primeira relação do meu marido, mas não tem nada a ver... ele mora lá no Brasil e nós moramos aqui, e ele queria muito “ah mãe, me dá um mano...” e se eu vou esperar mais, já tenho trinta e dois anos, até ir embora... se vou esperar até as coisas melhorarem...” (Caso 5).

E, na mulher solteira, a viver um namoro onde não se torna perceptível uma vida conjunta nos tempos mais próximos, quando esta considera ter condições para sustentar o seu filho decide engravidar, conforme relataram as participantes:

“Não, [confirmando não ter engravidado por acaso] porque eu quis... [dito com convicção no tom de voz e com olhar brilhante] (...) Eu fiquei feliz (...) Porque eu queria.” (Caso 15);

“Bem, ainda não casei (...) vivo sozinha, ele não tem estado comigo porque ele está a estudar no outro lado do rio, na casa da irmã (...) está a fazer o mestrado agora, está a acabar... engenharia civil (...) a minha gravidez foi mais ou menos planeada, porque eu queria...” (Caso 3).

O desejo muito pessoal de engravidar sugere a relação entre o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, no propósito de um projeto a longo prazo, acompanhado de amadurecimento e autoconhecimento pessoal, em que a mulher se pode sentir realizada com a maternidade, mesmo quando esta acontece em condições sociais menos favoráveis, como quando o afastamento da família é manifestado como a maior falta sentida, dizendo a participante:

“...eu tenho o meu filho também e ele é o meu maior presente (...) Olha, para ser sincera, o que eu senti mais falta foi da família, do apoio da família (...) Depois de ter tido o meu filho, e como ele foi de cesariana eu tive que me virar sozinha, eu sentia dores, e ele quando chorava eu tinha que me levantar, e foi muito difícil... e por essa parte eu senti falta da minha família...” (Caso 5).

Assim como, o desejo de engravidar parece sugerir ser uma opção que a mulher assume em consonância com outros interesses e dimensões inerentes ao seu percurso de vida. Contudo, os dados induziram ao código “Sobrepondo-se à progressão na escolaridade” pelo fato de a gravidez limitar um outro desejo manifestado pela mulher migrante, desejo este que se revelou como importante, mas que, no momento, não se perspectivava a sua realização, dizendo uma jovem mãe guineense de 22 anos:

“é diferente, uma pessoa estuda lá mas depois chega a casa tem que limpar, tem que fazer as coisas, e depois não há tempo... por isso é que uma mulher não sabe ler nem nada... como eu... [demonstrando algum desgosto Sim, eu estudei até à quarta classe, não é muito [dito com algum constrangimento] (...) Só que lá com os estudos] (...) Mas isso é que eu quero mesmo saber, estou mesmo muito interessada nisso [na hipótese de poder voltar a estudar]. É muito bom saber ler e escrever, eu vou ali à Segurança Social

e tenho que levar o papel para casa. O meu marido estudou (...) Eu levo o papel da Segurança Social, ele preenche tudo, e se eu soubesse ler eu não precisava disso (...) Sim, isso é muito importante [saber ler e escrever]. Mas é complicado... [centrando-se na sua vida] ”(Caso 17, migrante da Guiné, com 22 anos, em Portugal há cerca de 6 anos, a experienciar a sua 2ª gravidez no país, com 24 semanas e 5 dias, 1ª filha com 2 anos de idade, companheiro também guineense).

O “Planeamento conjunto” (código focal), estando intrinsecamente ligado ao desejo pessoal da mulher em engravidar, emerge nesta categoria por revelar um desejo partilhado pelo casal, evidenciado nos motivos que a mulher expõe como decisão conjunta de ter um ou outro filho, no compromisso e responsabilização de ambos em evitar engravidar na fase inicial da imigração e na procura de condições de vida para gerar um filho no país de acolhimento.

Assim, o código “Argumentando a opção de ter um ou ter outro filho” representa a partilha do desejo pessoal da mulher em engravidar com uma vontade comum do casal, a de quererem manter a tradição familiar e não ficarem apenas com um filho, gostarem de crianças e assistirem ao crescimento da filha, com o passar do tempo:

“A nossa família tem mais dois filhos, irmãs, e na família do meu marido também é ele e mais um irmão, há primos, são famílias grandes e ficarmos só com uma filha era pouco (...) Nós gostamos muito de crianças... não sei explicar... por exemplo, o meu marido a brincar com a sobrinha parece que é filha dele, e a Carolina gosta muito do pai, está sempre a perguntar quando vai chegar, e ontem perguntava “então vais trabalhar? ...Então não vais ficar connosco?” (...) porque a Carolina cresce, cresce e fica mais velha e depois a diferença de anos é muito grande...” (Caso 1).

Ou pela valorização que a grávida romena de 23 anos deu à sua idade em relação à maternidade, no receio de surgirem complicações que possam pôr em risco a sua fertilidade e no modo como descreveu como um pai trata do filho adotado, deixando transparecer uma influência cultural enraizada, conforme depoimento:

“já estamos juntos há nove anos, mas de vez em quando pensamos em tentar ter um filho, já tínhamos tentado antes mas não deu, e ele disse: “vamos tentar mais uma vez, se for desta vez ficamos contentes, senão tentamos mais próximo...” (queria dizer mais tarde) e aconteceu (...) mas também pensamos, eu tenho vinte e três, e ele vinte e cinco anos, e eu conheci uma mulher que tinha vinte e oito anos, e foi um caso à parte, mas ela entrou na menopausa e ela queria ter um filho aos trinta anos, mas ela entrou

na menopausa aos vinte e oito anos e não pode mais ter filhos. Ela adotou um filho da Ucrânia, e ela pode tratar bem da criança, mas o pai... e a gente de fora vê que ele não trata da mesma forma porque ele sabe que não é sangue do seu sangue (...) Pronto, e eu disse, porque é que vamos esperar, depois vamos ter complicações, pronto, a gente tem agora um e logo se vê.” (Caso 2).

O código “Criando condições de vida para ter um filho” dá a perceber nos dados a responsabilidade mútua perante o sustento de uma criança, procurando programar a gravidez quando existe alguma estabilidade económica de, pelo menos, um dos cônjuges a trabalhar e condições habitacionais para a chegada de uma criança, relatando as participantes:

“O que fez decidir que já estava na altura é a estabilidade que ele também tem lá no trabalho. Ele já está efetivo, a empresa apresenta muita segurança, e o rendimento dava para isso, teríamos que apertar mais um bocadinho, mas nada que fosse muito além... então ele disse que se a gente fosse esperar ficar melhor do que a gente estava não ia acontecer...” (Caso 7);

“Então quando há condições mais um não tem problema, portanto onde nasceu e cresceu um vai nascer e crescer o outro. Quando temos condições, trabalhamos e arranjamos casa, já dá para mais um.” (Caso1).

Neste seguimento, para os bens materiais estabelecesse um limite quando se considera importante ter um filho, conforme referiu a grávida:

“...mas nós dizemos, e estamos há nove anos juntos, e dizemos que não vamos ter uma criança enquanto não temos as coisas, uma casa... mas agora já não estamos como antes, e já temos outra vida (...) Acho que é mais importante um filho do que ter uma casa com dois andares e todas aquelas coisas, não sei... por mim, eu vejo assim as coisas...” (Caso 2).

Assim como uma das participantes deu a perceber a necessidade de evitar engravidar na fase inicial da imigração, pela dificuldade em gerir os diferentes acontecimentos com que se deparavam, dizendo:

“...quando saí da Ucrânia e vim para Portugal não queríamos engravidar, nada... a criança estava na escola, era tanta confusão.” (Caso 1).

O “Acontecendo fora do controlo” (código focal), permite perceber quando a gravidez ocorre fora do planeamento da própria mulher ou do casal, mostrando os dilemas e sentimentos vivenciados pela mulher migrante até a uma tomada de decisão.

Relembrando, o Caso 4, abordado num contexto de razões para se decidir para onde emigrar⁴⁹, quando a gravidez ocorre fora do controlo e nas circunstâncias de vida em que o casal se encontrava, logo nos primeiros tempos de residência no país recetor, foram sendo providenciadas medidas que contribuíssem para o bem-estar materno e da futura criança, após o nascimento e nos primeiros meses de maternidade: *Há um ano.....[referindo-se ao tempo de imigração em Portugal] É... foi tudo muito rápido...*” (Caso 4).

Evidenciam-se aqui dois eventos significativos, a imigração e a gravidez, no momento vividos em simultaneidade e relacionados entre si. Ou seja, estão presentes dois processos de transição - situacional e de desenvolvimento (Meleis & Trangenstein, 2010), inesperados, abruptos e simultâneos, ambos em fase de desenvolvimento, onde diversos fatores de ordem pessoal e sociais poderão funcionar como facilitadores ou inibidores e, para os quais, poderá ser necessária a intervenção de enfermagem, caso influenciem negativamente o bem-estar e a saúde da mulher, do feto/bebé e família.

Isto porque, no âmbito da Enfermagem, a transição é vista, por alguns teóricos, como um conceito central em que os enfermeiros se encontram envolvidos, visto que as pessoas que vivem processos de transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar. A vulnerabilidade é aqui entendida como uma qualidade de vida diária, estando esta relacionada com as interações e condições ambientais a que as pessoas estão expostas (Meleis et al., 2010). Na transição para a maternidade, estudos qualitativos têm confirmado a presença de um compromisso intensivo e envolvimento ativo que podem iniciar antes ou durante a gravidez, em que a mulher começa a preparar-se procurando informação e cuidando de si e do seu futuro bebé durante a gestação. No processo de estabilização da identidade maternal na Consecução do papel maternal, o envolvimento ativo da mulher durante a gestação tem sido consistentemente ligado a uma adaptação positiva à maternidade (Mercer, 2004, p. 231).

No que diz respeito ao objeto do estudo, a literatura tem demonstrado que vulnerabilidade da população imigrante é superior, quando comparada com a população autóctone, pela potencial influência de diversos fatores como “como o stress psicológico e social (resultante de uma cultura desconhecida, da ilegalidade, das alterações de

⁴⁹ “Decidindo para onde emigrar”, código agregado à subcategoria *Decidindo emigrar*, da categoria VIVENDO COMO MIGRANTE.

ambiente, desconhecimento de línguas estrangeiras, desconfiança e falta de informação, saúde mental). Ou o difícil acesso a cuidados de saúde e “informação sobre serviços de saúde, promoção da saúde e serviços preventivos” (ACIDI, 2010, p. 23), estando claramente demonstrada as muitas barreiras significativas e variadas que as mulheres migrantes enfrentam no acesso aos cuidados de saúde materna (Keygnaert et al., 2016, p. 12).

Assim como se identifica a vulnerabilidade da mulher grávida “...numa crise, não patológica, mas de viragem e de adaptação a um novo estatuto, o de mãe.” (Cordeiro, 1994, p. 57). Isto é, a crise de desenvolvimento, resulta das adaptações às mudanças corporais, emocionais e sociais a que a mulher está sujeita, e da reorganização psicológica ao seu futuro papel de mãe. Neste sentido, as transições exigem, muitas vezes, que a pessoa apreenda novos conhecimentos e adquira capacidades para alterar padrões de comportamento, para alteração de papéis ou nas relações interpessoais que estabelece (Meleis & Trangenstein, 2010).

Nem sempre o primeiro passo que se dá, frente a um acontecimento imprevisto, é o da resolução. Por vezes, opta-se por não admitir que se está grávida. “Adiando o reconhecer da situação” (código), reflete uma necessidade, mesmo que temporária, de rejeitar algo que irá provocar mudanças na vida, quer pelo acréscimo de funções, responsabilidades e gastos com a vinda de outro membro, quer na mudança do tipo de vida que até então se tinha. Reportando aos dados analisados, “Adiando o reconhecer da situação” é evidenciado na angústia de uma jovem migrante cabo-verdiana, solteira, com poucos recursos económicos e falta de apoio familiar, e que adia a vigilância da gravidez, num dilema, entre o acreditar na possibilidade de estar grávida nas condições de vida em que se encontrava e a pressão do namorado em querer que não aborte, como se verificou no seu discurso de frases sintéticas e num estar constrangido e emotivo:

“Falhei o primeiro mês...[(referindo-se ao início da vigilância pré-natal)] Comprei aquele teste. Depois eu fiz (...) Não vim logo logo. Demorei uns dois meses por aí. E depois eu venho. Fiquei com aquela suspeita, “deve ser que estou”(...) Sim, ele aceita. Ele não me deixa tirar.” (Caso 14).

Por sua vez, outros dados compreendidos e codificados de “Considerando manter ou não a gravidez”, permitiram perceber, mais uma vez, que a gravidez é especialmente um assunto da própria mulher, visto agora na perspectiva de decisão entre continuar a gravidez ou abortar, sendo esta, uma decisão revestida de emoções e angústias. Durante

este período de incertezas, a mulher migrante tende a procurar ajuda de terceiros, nomeadamente à enfermeira, para melhor refletir e tomar uma decisão mais ajustada à sua condição de vida, aos seus valores e crenças, tal como se ilustra nestes dois relatos:

“...essa gravidez, eu não queria ficar grávida (...) Eu estava de duas semanas, era pouco. Depois ela [enfermeira] disse “vai lá falar com o teu marido... a outra já vai fazer quatro anos e enquanto segura isso, passa rápido, é um instante...” Então eu fui para casa, pensei naquilo e pensei se calhar eu vou querer mais um porque eu estava à procura de um menino, porque eu nunca fiz aborto, se calhar vai ser um menino... depois penso e volto a falar com ela porque ela disse para voltar e falar com ela. Depois eu vim aqui falar com ela e disse que não ia fazer, e que agora queria ter esta criança, depois ela começou a fazer as fichas para eu vir aqui e foi assim.” (Caso 20, migrante da Guiné-Bissau, com 33 anos, que se encontra em Portugal há cerca de 5 anos, mãe de 2 filhas, a primeira guineense e a segunda portuguesa, a experienciar a sua 3ª gravidez com 34 semanas; marido guineense);

“Quando eu tive esta gravidez, eu tive dúvidas se eu queria ou não (...) quando fui à clínica fazer análises apanhei uma enfermeira, conversei com ela e disse-lhe “vou perguntar à senhora uma casa e a senhora não leve a mal... se eu pedir à senhora para me ajudar a tirar essa gravidez, a senhora aceita?” e ela disse “não, que quero-te como minha filha, sejas mulata ou preta e eu não te aconselho a fazer isso...” e eu fiquei em dúvida, mas depois ela conversou comigo, deixou-me na sala dela para eu pensar e eu acabei por ficar com a gravidez. Agora já aceito e se eu tirasse ia ficar triste, e aceito qualquer dia ter mais um e podia ser pior...” (Caso 21).

Todavia, mesmo quando a gravidez acontece num momento menos favorável para a mulher ou casal, após a tomada de decisão de se manter a gravidez, esta passa a ser aceite e desejada e são procuradas condições para a chegada da nova criança, nomeadamente, são colocados em prática comportamentos de saúde socializados para a vigilância da gravidez, como se irá abordar na categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, mais concretamente, na codificação *Manifestando a influência cultural de origem* e *A rede de apoio*.

Assim, “Gravidez não planeada mas desejada” (código) é representativo dos dados que tornaram claro esta decisão pessoal ou conjunta e que conduz a mulher migrante grávida aos cuidados de saúde pré-natais e à interação com a enfermeira:

“Queríamos... [olhando para o companheiro] (...) Eu digo isto porque às vezes acontece assim... “olha, já que engravidamos é agora que juntamos os trapinhos, e vamos decidir viver juntos...” (Caso 16, migrante brasileira, com 21 anos, em Portugal há cerca de 8 anos, a experienciar a sua 1ª gravidez com 28 semanas; companheiro português);

“Depois de saber o que era, eu não vou dizer que o mundo desabou todo, mas fiquei triste porque assim nesse estado [hemiparesia do membro superior direito após AVC] como é que eu ia pegar na minha bebé? Como é que eu ia amamentar? Essa preocupação toda começou a entrar-me na cabeça. Mas depois de eu dizer à minha avó, ela concordou, apoiou-me, tive apoio da minha avó, da minha tia, da minha família toda, e por isso é que eu levei a gravidez adiante. [Ficou um pouco emocionada, olhando para a mãe que sorriu para ela] ” (Caso 12, migrante cabo-verdiana, com 27 anos, em Portugal há 15 anos, mãe solteira e filha com cerca de 2 meses de vida).

Considerando a presença de processos de transição sequenciais, verifica-se que os primeiros tempos de imigração, considerados como confusos, justificaram a decisão de não querer engravidar e tomar medidas preventivas. Assim, a gravidez aconteceu no momento em que o casal considerava que já reunia as condições importantes para ter outro filho: ter casa, estarem os dois empregados, vida estabilizada, a idade da filha, apoio familiar previsto.

A satisfação sentida com a vinda de um bebé favorece um percurso de gravidez mais calmo e satisfatório, contribuindo para a saúde e bem-estar da grávida e do feto. No entanto, quando se trata de um acontecimento não planeado, as estratégias de *coping* poderão ser eficazes na resolução das situações de stress durante o processo de transição da gravidez, onde a interação estabelecida entre a enfermeira e a grávida migrante poderá conduzir a transições positivas (Meleis et al., 2010), mesmo na presença de uma influência cultural que não favoreça a partilha de sentimentos e pensamentos por parte das mulheres imigrantes.

Com o terminar da descrição da codificação analítica que compõe o *Contexto* da experiência de vida da mulher como migrante, passando pela caracterização da migração como opção de vida, numa visão do que foi ambicionado e projetado, seguido de um balanço refletido do percurso migratório vivido, com uma exposição dos significados atribuídos aos ganhos e aos reversos, caminhou-se para a dimensão de enfoque na problemática do estudo, dando relevo à gravidez como um acontecimento que apresenta

diferentes nuances durante o percurso migratório.

3.2 EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE

Numa leitura mais ampla, identificam-se as dimensões que caracterizam a categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE que permitiram chegar mais perto de um todo complexo que envolve o quotidiano e as experiências de vida das mulheres migrantes, tornando-se facilitador na identificação e interpretação dos elementos caracterizadores da interação entre a mulher migrante e o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e na compreensão dos significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas num contexto migratório.

Comportamentos de saúde e práticas cuidativas aprendidas no seio familiar e contexto sociocultural, quando associadas a outros fatores como são exemplo: a experiência ou in experiência de se ser mãe; dificuldades na língua do país de acolhimento; uma frágil rede de apoio familiar e social e dificuldades económicas, se descobriram como determinantes na forma como as situações foram sendo esclarecidas e produzidas, nomeadamente à adaptação ou adequação do papel maternal e à interação estabelecida com a enfermeira(o) no âmbito da vigilância da gravidez ao período pós-parto.

Assim, da análise dos dados emergiram condições influenciadoras de relevância codificadas como subcategorias, sendo estas: *Manifestando a influência cultural de origem, Gerindo o quotidiano, A rede de apoio e Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa* que, se por um lado, ajudaram a compreender as condições de vida e percursos experienciados, por outro lado, particularizaram os elementos caracterizadores da interação estabelecida com a enfermeira e os significados atribuídos aos cuidados de enfermagem.

Partindo para a descrição da análise dos dados que edificam a codificação da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, expõe-se, primeiramente, um esquema agregador dos códigos nas subcategorias concebidas (Figura 7).

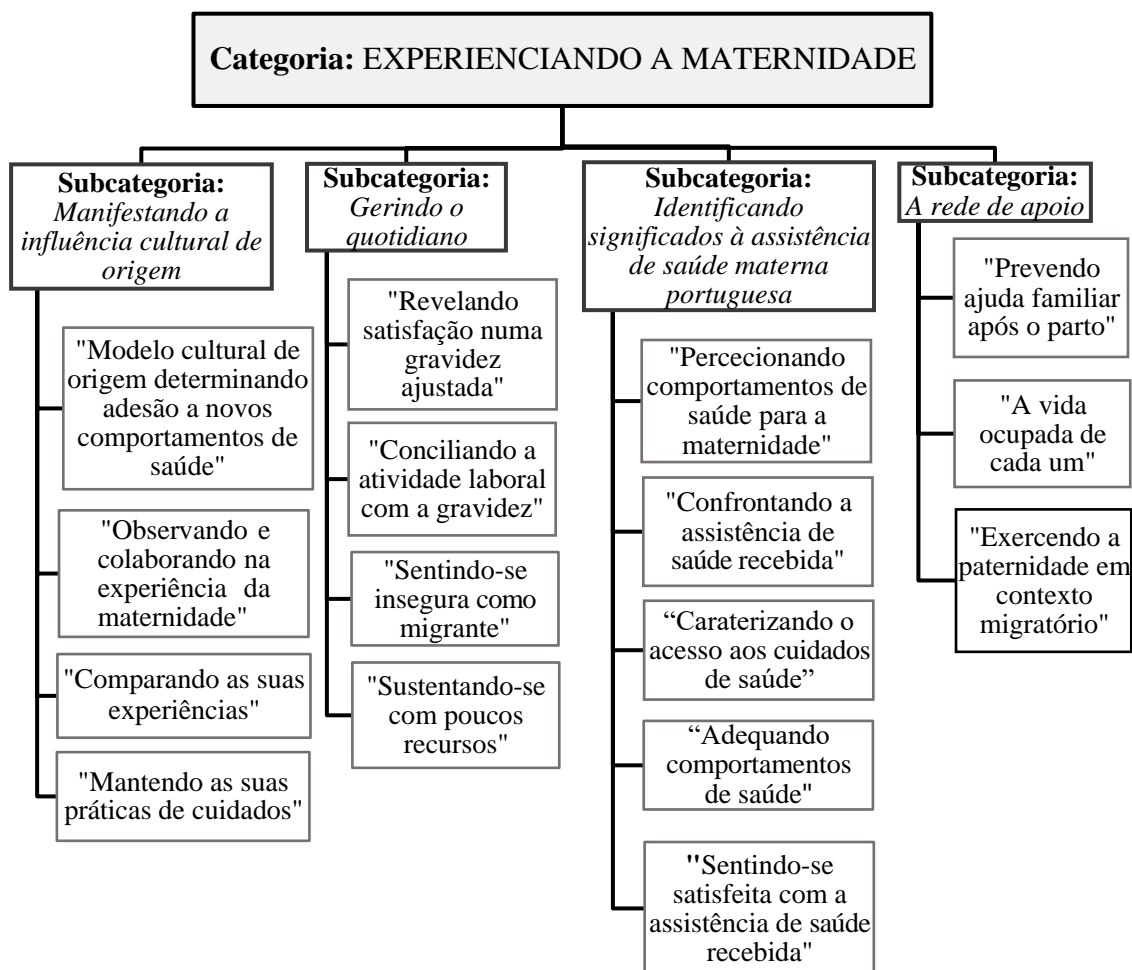


Figura 7. Representação esquemática da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, subcategorias e códigos

A cultura construída, psicológica e antropologicamente, em torno de um sistema de significados, produz em cada indivíduo um conjunto de comportamentos socialmente transmitidos, que se refletem sob a forma de herança de valores tradicionais e que, para além de serem o resultado da ação humana, condicionam novas atividades sociais. Nesta perspetiva, Vergani (1995, p. 24) dá a perceber a singularidade da identidade cultural de cada indivíduo, sendo esta justificativa da importância da relatividade cultural e da equidade na dignidade das diferentes culturas, que não se podem hierarquizar.

Todavia, os fluxos migratórios constantes e acrescidos das populações com que nos deparamos nos dias de hoje, tendencialmente têm diminuído as sociedades etnicamente homogêneas substituindo-as por sociedades multiculturais. Nesta tendência

demográfica e de diversificação étnica, os pais ou futuros pais, vivem em situações de diáspora ou em ambientes culturais diferentes daqueles onde cresceram e se socializaram e enfrentam o desafio de criar e educar os seus filhos num ambiente cultural que não lhes é familiar (Nugent, 2005). De acordo com o mesmo autor, muitos pais vivem num “meio cultural intermédio” (p. 138), onde as suas tradições, costumes e forma de encarar o mundo poderão ser diferentes das dos seus pais do país de acolhimento. Os valores e princípios que orientam os processos educativo e de socialização da criança poderão entrar em conflito com os aplicados pela sociedade onde criam e educam os seus filhos, levando muitos pais a sentirem-se isolados ou abandonados nos seus papéis de parentalidade, especialmente quando privados de apoio tradicionais, e a sentirem-se inseguros em relação à sua identidade cultural e pessoal (Nugent, 2005).

Direcionando para a situação da maternidade vivida como migrante e na premissa de que todas as culturas ou sociedades apresentam normas de comportamentos e expectativas em relação à gravidez, ao parto e à maternidade baseadas em crenças, práticas, tabus ou rituais, fica claro o valor social que este período/etapa da vida mulher confere à comunidade ou classe social onde esta se encontra inserida, bem como a adesão da mulher, enquanto grávida, parturiente e mãe, a estas práticas e influências orientadoras (Santiago, 2009).

No senso comum, especialmente para as mulheres que vivem em contextos culturais que valorizam a maternidade e, em que elas próprias se identificam com a figura materna, a maternidade é vista como algo instintivo ou inato à mulher, apesar de a literatura demonstrar que não é através do chamado “instinto maternal” que se consegue compreender a rica e complexa experiência com que se reveste o desejo e o comportamento materno (Tobin, 1999 citado em Canavarro, 2001). Contudo, nas sociedades contemporâneas, face à evolução tecnológica e científica que envolve a dimensão biológica da maternidade, a opção da mulher em ser mãe depende da influência cultural que orienta o comportamento da mulher, tornando a maternidade num “... objecto de práticas culturais, económicas e sociais diversas e expressa-se consoante os contextos culturais.” (Fidalgo, 2003, p. 121).

De facto, todas as sociedades humanas apresentam rituais e costumes que as caracterizam e, no âmbito da gravidez e maternidade, a adaptação às mudanças sociais e tecnológicas caminham a par com os mitos, tabus e as crenças mais tradicionais. Perante este cenário, cada mulher procura ajustar-se e apropriar, de acordo com o seu *self*,

conhecimentos e experiência adquirida, quer por já se ter sido mãe quer pela colaboração e observação dos comportamentos ajustados à gravidez, parto e pós-parto e, ainda, de acordo com o seu nível de adaptação à nova sociedade e qualidade do apoio familiar e social com que vive.

Nas sociedades mais tradicionais, as mulheres tendencialmente repetem os costumes das suas mães e família, promovidos por uma coesão social mais alargada que possibilita múltiplas e frequentes trocas afetivas e de identificação (Cordeiro, 1994; Kitzinger, 1996). Por sua vez, nas sociedades ocidentais e sobretudo nos centros mais urbanos, os futuros pais vão se deparando com limitações e implicações das organizações sociais, que têm contribuído para o confronto de gerações, para a falta de apoios emocionais consistentes e para a tendência de as raparigas e mulheres jovens participarem, cada vez menos, nas práticas relacionadas com a maternidade, estando cingidas à experiência vivida com a sua própria mãe (Mascoli, 1990). Adicionando o movimento migratório das famílias, laços familiares, tradições e costumes (como práticas e apoio perinatal tradicional) se perdem durante a adaptação à nova sociedade, podendo exceder a capacidade de adaptação de algumas aos seus bebés (Kennel, 2005).

Não menos importante na análise das diferentes dimensões caracterizadoras desta categoria, destaca-se a tendência das sociedades ocidentais para a valorização da individualidade e da autonomia, o que leva as jovens mães/casal a não optarem pela ajuda da experiência da família alargada e procurarem informação e aconselhamento nos profissionais de saúde e na tecnologia médica, onde a família e os amigos são impotentes para intervirem no processo de gravidez, conforme revela Kitzinger (1996). Pondera-se se esta tendência poderá tornar-se um fator gerador de stress para as mães com uma vivência da maternidade mais partilhada no seio familiar ou, em contrapartida, o aconselhamento e informação dos profissionais de saúde poderá ser um recurso importante para a aprendizagem e segurança da mulher migrante, afastada dos seus costumes e apoios e com uma rede familiar ou de amigos frágil ou quase inexistente no país de acolhimento.

Com efeito, nos primeiros anos de migração, as mulheres migrantes normalmente confrontam-se com dificuldades psicossociais, emocionais e culturais que, associadas ao frequente isolamento e à pobreza de relações sociais e familiares provocam desequilíbrios na interação mãe-criança e na capacidade de resposta às necessidades da mesma (N. Ramos, 2004, 2008). Assim, em simultaneidade com as necessidades de adaptação

fisiológicas, psicológicas e emocionais próprias da gravidez e com o aumento de funções e responsabilidades inerentes ao exercício da maternidade, à mulher migrante poderão juntar-se, ainda, sentimentos de ansiedade e angústia relacionadas com a situação migratória, que no seu todo, irão influenciar a dinâmica familiar, a saúde de todos os seus membros e, em particular, a saúde e bem-estar da própria mulher migrante.

Nesta conjuntura, compreende-se que a mulher migrante, na envolvimento do seu papel maternal necessite de recursos que lhe possibilitem manter a mesma qualidade de interações afetivas e sociais que seriam possíveis no seu país de origem. Recursos estes, que na sociedade de acolhimento, se por um lado, deverão ser proporcionados por uma sociedade e/ou comunidade responsável, através de uma rede social organizada que garanta uma assistência adequada a vários níveis, tais como na saúde, na educação, apoio jurídico, social, entre outros. Por outro lado, poderão ser conseguidos de um modo mais informal, onde se incluem amigos, vizinhos, grupos sociais locais e religiosos, que podem oferecer suporte emocional e apoio no desenvolvimento das diferentes atividades de vida diárias, ajudando a mãe migrante a resolver as dificuldades encontradas.

Nos discursos das participantes do estudo, os recursos foram sendo revelados como significativos, quer pela falta sentida daquilo que seria esperado obter no seu país, especialmente após o nascimento do bebé, como pela valorização dada aos diferentes tipos de apoio recebidos no país de acolhimento, ao longo do percurso da gravidez ao pós-parto, conforme se descreve, mais à frente, na subcategoria *A rede de apoio*.

Assim sendo, numa visão do percurso de vida da mulher migrante e da compreensão de como vivencia o seu quotidiano e dos fatores influenciadores marcantes, estas dimensões dão visibilidade ao processo caracterizador da maternidade vivida como migrante, pela influência exercida nas perceções, ações e sentimentos manifestados pelas gestantes ou mães recentes migrantes e, que no seu conjunto, permitiram interpretar e caracterizar a interação estabelecida com a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

3.2.1 Gerindo o quotidiano

A subcategoria *Gerindo o quotidiano*, permitiu identificar em algumas das participantes no estudo, a vivência de um modo sequencial ou em simultaneidade de duas

transições de natureza diferentes: a transição de desenvolvimento e a situacional, onde se procura expor o que se evidenciou de mais representativo e caracterizador sobre como se vive o dia-a-dia nas suas necessidades, expectativas e gratificações, ao longo do percurso dos processos de gravidez e maternidade. Tendo em conta os objetivos do estudo e numa indagação constante, pretendeu-se a compreensão de como esta vivência se expressa ao nível dos cuidados de saúde durante os períodos pré-natal ao pós-parto, nomeadamente, no que possa ter afetado ou determinado as diferentes opções, ações e expectativas da mulher migrante durante as interações com a enfermeira.

Gerindo o quotidiano é, deste modo, representado por um conjunto de códigos encadeados que se influenciam dinamicamente (Figura 7.1), mas que, concomitantemente, procuram dar visibilidade a percursos de vida individuais e subjetivos das mulheres migrantes, conduzidos por opções individuais ajustadas às características pessoais e aos diversos fatores de ordem física, sociocultural, político-económicos com que estas se foram deparando no país de acolhimento.

Códigos:	Código focal:	Subcategoria: <i>Gerindo o cotidiano</i>
“Definindo a sua imagem corporal”	"Revelando satisfação numa gravidez ajustada"	
“Sentindo o seu bebê”		
“Sentindo necessidade de comer mais pelo bebê”		
“Comparando o crescimento do feto com o tamanho dos frutos”		
“Percecionando sintomas sugestivos de gravidez”		
“Agindo em prol do seu bem-estar e do bebê”		
“Planeando os primeiros meses após o parto”		
“Preocupando-se com o momento do parto”		
“Reportando-se à experiência da maternidade”		
Códigos:	Código focal:	
“Revelando o mal-estar e queixas sentidas no dia-a-dia”	"Conciliando a atividade laboral com a gravidez"	
“Encontrando-se de baixa por gravidez de risco”		
	Código focal:	
	"Sentindo-se insegura como migrante"	
Códigos:	Código focal:	
“Sentindo-se sozinha perante os encargos do cotidiano”	"Sustentando-se com poucos recursos"	

Figura 7.1. Subcategoria *Gerindo o quotidiano* e códigos agregados

Em torno do processo de gravidez, o código focal “Revelando satisfação numa gravidez ajustada”, evidencia os dados que caracterizam a gravidez como um processo de adaptações, atitudes e emoções dentro do que é esperado ou adequado uma grávida manifestar na fase em que se encontra no seu percurso gravídico. As experiências vividas, os sentimentos e as expectativas pessoais sobre o processo de desenvolvimento psicossocial e adaptações físicas ocorridas são especialmente relatadas pelas mulheres que vivem a sua primeira gravidez, como mostram os códigos “Definindo a sua imagem corporal”; “Sentindo o seu bebé”; “Sentindo necessidade de comer mais pelo bebé” e “Comparando o crescimento do feto com o tamanho dos frutos”.

Dando continuidade à codificação que qualifica “Revelando satisfação numa gravidez ajustada”, o código “Percecionando sintomas sugestivos de gravidez” interpreta tanto as sensações físicas experienciadas pelas grávidas, que posteriormente se confirmam estarem relacionadas com a gravidez, como a expectativa criada pela sugestão de outros, dizendo uma participante:

“Antes de engravidar a minha (mãe) dizia “olha que as grávidas sofrem muito por causa das dores e ficam maldispostas por causa dos enjoos...” e eu, Graças a Deus, não tive nada disso... até agora não tive nada de enjoos, nem vômitos... não sei o que é isso. Não senti nada disso.” (Caso 3).

Este depoimento, também dá a perceber a importante influência que a experiências de outras mulheres exerce sobre a grávida ou mãe inexperiente. Influência esta, que foi surgindo de forma transversal em todas as categorias do estudo, mas definindo-se com diferentes contornos que se pretende dar a conhecer conforme estes se apresentem.

No incidente supracitado, esta influência tanto se mostrou relacionada com a necessidade de uma primigesta se ir preparando para alguns dos desconfortos comuns nos primeiros tempos de gestação, como demonstrou a preocupação de uma mãe distante da sua filha, que procura informá-la pelo telefone, tentando reduzir a ansiedade provocada pelo medo do desconhecido.

O código “Agindo em prol do seu bem-estar e do bebé”, reproduz a preocupação das grávidas, primigestas ou já com experiência da maternidade, com a adoção de determinados comportamentos durante a gravidez, no sentido de garantir o bem-estar materno-fetal. Deixar de fumar, evitar comer fora e beber café foram mudanças colocadas em prática por uma das participantes, assim que soube que estava grávida, dando a

perceber o significado que atribui a estas mudanças do seguinte modo:

“...consigo fazer melhor as coisas para o meu bem e para o bem do bebé. E por isso, eu já dizia já muito tempo que quando ficasse grávida deixava logo de fumar, e há semanas que não bebo café. Na minha cabeça eu penso que essas coisas fazem mal (...) Quando fiquei grávida, não fomos muito comer fora, porque estou com medo, às vezes ia comer um a pizza, mas o queijo nunca se sabe... prefiro comprar uma massa de pizza e faço em casa. “(Caso 2).

A mudança de hábitos alimentares foi também revelada pelas gestantes, no sentido de fornecer ao feto os alimentos benéficos ao seu desenvolvimento, sendo este comportamento reconhecido como adequado a qualquer grávida em que se identifique hábitos alimentares menos saudáveis, visando reduzir os riscos que possam afetar a saúde do feto. Contudo, quando se trata de uma grávida migrante, à mudança dos hábitos alimentares se junta a falta de alimentos que estava habituada a comer no seu país, ou incapacidade para seguir as orientações da mãe que se mantém no seu país de origem. Ambas as razões influenciadas pelos recursos económicos com que se vive, limitando a satisfação do desejo ou do aconselhamento recebido, conforme relatam as participantes:

“São os alimentos de lá, porque aqui já estou farta de comer maçã, de comer pera... e lá não, a gente tem muitos frutos (...) tem também os peixes salgados e secos como aqui, há coisas que nós temos vontade de comer de lá, que aqui não conseguimos (...) Conseguimos encontrar na loja africana, só que é muito caro.” (Caso 21);

“... lá come-se praticamente de tudo porque o que nós conseguimos lá é natural e cá não... é tudo enlatados, as comidas têm mais gorduras, e isso... Então a minha mãe diz ‘cuidado ao comer isso por causa da gordura... come muito peixe...’ Só que o preço... por exemplo o peixe lá praticamente é oferecido e cá é um pouco mais caro...” (Caso 3).

Com a aproximação do final da gravidez, o código “Planeando os primeiros meses após o parto”, se por um lado surgiu como um código revelador de preocupações normais e ajustadas da mulher grávida, por outro lado, exhibe as preocupações associadas ao afastamento de um tipo de ajuda com a imigração e que seria previsto obter no seu país de origem após o nascimento da criança, tal como se manifestou esta participante:

“Eu já disse a ele, se ele não vier [o companheiro], se não acontecer nada de mal eu venho aqui ao centro de saúde peço um relatório e vou para África (...) O patrão dele é um bom ‘abusado’... eu sei que ele está no risco de não fazer isso mas ele vai ter que ceder porque eu não tenho ninguém aqui, não tenho mãe, não tenho pai, não tenho

ninguém... só eu, o meu filho, e ele.” (Caso 21).

Este relato, permitiu perceber a forte influência que o suporte familiar exerce na mulher grávida e nos primeiros tempos da maternidade, podendo tornar-se num fator de risco para o bem-estar da futura mãe e do bebé, pela vulnerabilidade manifestada à possível falta de apoio do companheiro e ao sentir-se sozinha e distante dos seus familiares.

Assim, e caminhando a par com *Gerindo o quotidiano*, emergiu a subcategoria *A rede de apoio* que, pela análise dos dados, descreve e clarifica o significado atribuído pela mulher migrante aos diferentes tipos de ajuda que foi usufruindo ou que sentiu necessidade e como essa ajuda determinou ou influenciou a sua vida durante a gravidez ao pós-parto. No entanto, *A rede de apoio* atingiu maior relevância nos dados quando a mulher migrante se reportava à vivência da maternidade num contexto migratório, optando-se por caracterizar este código mais à frente, ao se considerar a lógica temporal dos acontecimentos no percurso da gravidez.

Regressando, ainda, à descrição das particularidades do código focal “Revelando satisfação numa gravidez ajustada”, o código “Preocupando-se com o momento do parto” permitiu interpretar os relatos das gestantes que se encontravam próximas do trabalho de parto e parto.

O momento do parto é um acontecimento que afeta psicologicamente e emocionalmente a mulher grávida, um momento de mudança da situação de grávida para a situação de mãe, exigindo adaptações cognitivas e psicossociais adequadas, para que esta transição se processe de forma saudável. Neste sentido, torna-se aceitável que a mulher grávida no 3º trimestre, quando se reporta à vivência da sua gravidez se centre nas suas necessidades, expectativas e emoções relacionadas com o momento do parto. Na análise dos dados, diferencia-se a expectativa de quem nunca passou pela experiência e que apenas ouviu contar, da expectativa da grávida que recorda e qualifica a experiência vivida.

A expectativa de quem nunca passou pela experiência é reveladora do medo do desconhecido, do inesperado e da dor e sofrimento contado pelas outras mulheres, procurando-se arranjar forças para ultrapassar o momento, nomeadamente ao focarem-se no bem-estar do bebé, tal como se depreende dos discursos destas duas primigestas:

“Assim preocupar não, não estou a pensar naquela dor, às vezes dizem-me assim ‘tu ainda não viste nada, quando a bebé estiver a nascer é que vais ver’... eu só estou a

preocupar-me com o bebé e que corra tudo bem...” (Caso 19, migrante cabo-verdiana, com 19 anos, em Portugal há cerca de 7 anos, a experienciar a sua 1ª gravidez com 28 semanas; mãe solteira a viver com os seus pais);

“...eu só quero o que seja melhor para mim e para ela (...) Eu só tenho medo é de me deixarem sofrer muito...[no caso do parto ser via vaginal] (...) Porque isso aconteceu com a minha colega no Hospital, também é baixinha e tem assim uma estrutura, e ela sofreu muito... e isso me deu muito medo do parto.” (Caso 13).

Todavia, mesmo que seja num segundo plano, surgiu a preocupação com ela própria, a insegurança perante acontecimentos que possam pôr em causa a sua integridade física ou seu bem-estar após o parto, dizendo esta participante de um modo muito verdadeiro e preocupante:

“Eu pergunto a mim mesma o que vai acontecer comigo (...) Às vezes não encontro a resposta (...) E se depois vai acontecer alguma coisa comigo, não sei.” (Caso 15).

Quanto às gestantes com experiência de trabalho de parto e parto, estas demonstraram estarem conscientes de que cada parto é um parto e, novamente, o confronto com o desconhecido se torna gerador de ansiedade:

“Sim, isso também me preocupa (o momento do parto), saber como é que vai ser quando estiver a chegar o momento, porque não sei se vai ser igual ou se vai ser pior...” (Caso 18)

A escolha do local para o parto e o tipo de parto que gostariam de ter, também se evidenciaram entre as preocupações das grávidas migrantes. As razões apontadas variaram entre a perceção que têm da qualidade de assistência dos hospitais de referência e de outros locais próximos e o tentar repetir o tipo de parto já experienciado como gratificante. Uma característica que se destacou nos relatos foi a atitude da gestante perante a sua escolha, em que umas procuram, antecipadamente, obter a situação que desejam e outras, manifestam ser um acontecimento que não conseguem controlar e que entregam à ajuda de forças espirituais em que confiam, tal como se ilustra:

“Sim... [confirmando que conhece o Hospital Amadora-Sintra]. Mas queria conhecer outros... Hoje, por exemplo, ouvi falar do Hospital de Cascais (...) A gente queria um hospital com boas condições...[refere o companheiro]” (Caso 16);

“Eu tive-o na água, numa banheira [o primeiro filho] (...) A minha mãe fez questão de perguntar porque ela queria que fosse também na água, porque é muito

relaxante, e acho que me ajudou muito mais porque a água é quentinha... agora este não sei...” (Caso 22, migrante angolana, com 25 anos, em Portugal pela 2ª vez, há cerca de 1 ano, a experienciar a sua 2ª gravidez com 18 semanas e 3 dias, mãe solteira e primeiro filho nasceu em Londres);

“eu sempre deixei nas mãos de Deus... pode ser normal ou cesariana... nunca fiz escolha...” (Caso 13).

Assim, como pelo código “Reportando-se à experiência da maternidade” se verificou que as experiências pessoais anteriores oferecem segurança para uma nova situação, mesmo quando vivenciadas num outro contexto social, tal como se percebe no discurso seguinte. Por sua vez, as inseguranças relatadas ao longo da análise dos dados, foram surgindo no quotidiano da vida das mulheres migrantes participantes do estudo, quando se deparavam com situações novas ou diferentes das que estavam habituadas, nomeadamente, no âmbito dos cuidados de saúde a gravidez ao pós-parto:

“Sim, agora já vamos saber o que pode acontecer na barriga, ou se doer à noite, se chorar, se há leite ou não há, se não houver leite dá para comprar para lhe dar. Já é um bocadinho diferente, já se sabe o que se vai esperar, se vais dormir ou não, se vais acordar, se chora...” (Caso 1).

“Reportando-se à experiência da maternidade” particulariza, também, a falta do apoio que seria possível no seu país, sendo esta concebida como uma ajuda dada como adquirida em futuras gravidezes e que foi revelada como um fator dificultador num contexto migratório, havendo necessidade de programar a chegada do bebé a vários níveis, como são exemplo os cuidados pré-concepcionais e pré-natais, o local (creche ou ama) onde deixar o bebé para se conseguir trabalhar, conforme descrevem estas participantes:

“Quando vem o bebé, temos que ter mais cuidado, temos que ter as coisas mais organizadas, arrumar as coisas... já é diferente... já não é a mesma coisa sem ter tido bebé (...) Elas [as mulheres da família] têm mais experiência, depois quando uma pessoa tem filhos, como eu tive muita ajuda, eu não me interessei assim... eu não esperava aqui vir a acontecer assim...” (Caso 18);

“Achei que aqui é mais diferente. Em Cabo-Verde é uma coisa... Aqui é outra coisa. Aqui tem de organizar primeiro. Lá em Cabo-verde não. Em Cabo-Verde é assim...Engravido. E depois vai médico. Depois tem de apoio de família. E aqui tem de trabalhar. Se não trabalhar...”

Já levantou de baixa [refere-se ao terminar da licença de maternidade], tem de pagar a uma pessoa para cuidar de bebé. Já inscreveu. Se não inscreveu, não tem como [referindo-se à inscrição da criança na creche/infantário para poder ir trabalhar]” (Caso 11);

“mas depois é complicado... a minha preocupação maior nem é tanto agora com os primeiros dias dela porque estou mais aliviada por causa da minha irmã, mas depois mais em relação a onde deixar o bebé. Não é uma questão de escolher... como trabalho num centro comercial e é mais difícil por isso... Por causa da hora que saio, e até agora não consegui encontrar nenhuma ama que fique com ela à noite... isso é preocupante... E agora já estou para ter o bebé a ainda não consegui arranjar a ama, não posso deixar no berçário porque nos berçários não atendem de noite, e isso ainda não sei como é que vou resolver.” (Caso 13).

Neste encadeamento da codificação interpretada dos dados, as particularidades da subcategoria *A rede de apoio* acompanham e influenciam o percurso da gravidez à maternidade em contexto migratório, mostrando-se aqui, a sua relação com os incidentes anteriormente descritos, pelo modo como as participantes foram dando a perceber o apoio que perspectivavam ter da família, da rede de amigos e do companheiro após o nascimento do bebé.

Numa visão antropológica da vida familiar, estamos perante um tema que diz respeito a todos. “Pai, mãe, filhos, irmãos, tios, primos, avós, cônjuges, são coisas de todos nós. Assim como são os afetos, as dependências, os contratos, as regras, a partilha e o conflito que todos vivemos e que conotamos com a família.” (Sampaio & Gameiro, 2002, p. 125). Neste ponto de vista, independentemente do modo como as pessoas de cada sociedade, cultura ou subcultura vivem todos estes aspetos que envolvem e determinam a vida familiar, evidencia-se uma consciencialização de que existem coisas em comum, manifesta pelas diferentes formas com que as sociedades tentam solucionar os diversos problemas de ordem familiar. Assim, a família é, em primeira linha, responsável por garantir o bem-estar dos seus membros estando-lhe afeta funções ao nível biológico, psicológico, económico, educativo e sociocultural, neste último nível, na transmissão de valores relacionados com o comportamento, tradição, linguagem, religião e atitudes sociomoraes (Williams, 1999). Ao nível das funções de sustento da família, o código focal “Conciliando a atividade laboral com a gravidez”, é revelador dos diferentes modos como as gestantes conciliavam emprego/trabalho e a progressão da gravidez. A maioria das

participantes necessitava de trabalhar para garantir o sustento da família no país de acolhimento, demonstrando as condições de vida em que viviam pelo tipo de trabalho que executavam (maioritariamente empregadas de limpeza ou na restauração) e pelo nível de escolaridade referido (a maioria não terminou o secundário). Mas, também, pela avaliação que fizeram da qualidade de vida até então conseguida, normalmente expressa no “dá para viver” ou “aceitável”, mesmo quando ambos (casal/progenitores) trabalhavam.

Este enquadramento socioeconómico caracteriza a preocupação das gestantes em se manterem a trabalhar, mesmo quando as condições de trabalho não eram favoráveis a uma gravidez, nomeadamente, pelas exigências fisiológicas de adaptação do organismo da mulher às necessidades do feto em desenvolvimento, como se percebe neste incidente:

“... este horário é complicado, porque tenho que ir à noite e acaba às três ou quatro da manhã (...) Eu já tentei falar com eles mas não consigo, porque aquelas pessoas que estão a trabalhar de manhã não querem trabalhar à noite para saírem àquela hora (...) Ontem cheguei lá e estava muita temperatura lá na cozinha (...) senti tonturas e depois caí por causa do calor... depois tive que ligar para o meu marido para me ir buscar porque não estava em condições de trabalhar (...) Aquilo é uma cave, depois não ligam o ar condicionado, e é difícil (...) Não ligam porque dizem que aquilo gasta muito... Eu já disse que estou grávida e têm que ligar isso, só um bocadinho pelo menos. Eu subi até lá acima e fui tomar ar, mas não adiantou. Depois vou lá em baixo e é a mesma coisa.” (Caso 17).

Contudo, uma sintomatologia que revele a existência de fatores de risco para o bem-estar materno-fetal, como o risco de parto prematuro, quando associada à atividade laboral obriga à interrupção da mesma. Pela análise dos dados codificados e agregados a “Conciliando a atividade laboral com a gravidez”, designadamente, “Revelando o mal-estar e queixas sentidas no dia-a-dia” e “Encontrando-se de baixa por gravidez de risco”, depreendeu-se que o tipo de atividade laboral maioritariamente relatada, tenha sido o motivo porque as gestantes, mais próximas do final da gravidez, se encontrassem de baixa por gravidez de risco.

“Sentindo-se insegura como imigrante” (código focal) interpreta o modo como estas mulheres migrantes procuraram gerir e adaptar-se às diferentes situações com que se deparavam no país de acolhimento e, apesar da legislação em vigor procurar ser integradora e facilitadora, constatou-se que nem sempre se operacionaliza de forma adequada. Assim, a insegurança se revelou pelas dificuldades com que a mulher migrante

grávida se deparou quando necessitava de usufruir dos direitos à assistência de saúde durante o período laboral. Dificuldades estas, associadas à má aceitação desses direitos por parte da entidade patronal e que geraram, na mulher migrante, o receio de se fazer valer dos seus direitos por poderem provocar uma perda maior, como a perda do emprego e impossibilidade de sustento no país, como revelou a participante:

“...e eu digo isso porque eu passei por um momento delicado, por causa das consultas e dos horários das consultas, porque neste caso no centro de saúde as consultas só eram às cinco da tarde, então eu tive muita dificuldade em conseguir vir às consultas por causa disso... era uma chatice... nós sabemos que temos direito, mas temos um pouco de receio de enfrentar porque precisamos. É essa diferença que eu vejo muito em relação ao imigrante com o trabalhador daqui.” (Caso 13).

Ao se relacionar com a preocupação de se planear os primeiros meses após o parto, quando se prevê a impossibilidade de usufruir de alguns direitos, como o da licença de paternidade, a insegurança da mulher migrante também foi revelada pela falta de apoio nos primeiros tempos pós-parto. Perante este facto, uma das gestantes ponderava o manter-se no país de acolhimento ou retornar ao seu país, conforme relato anteriormente descrito pela participante do Caso 21, na descrição do código “Planeando os primeiros meses após o parto”.

Uma outra forma de a mulher migrante sentir-se insegura, evidenciou-se nos dados, quando associada à falta de conhecimento sobre os direitos do imigrante aos cuidados de saúde, porque se previa uma situação de irregularidade logo após o parto, conforme se abordará mais à frente, na subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa*. A esta insegurança se juntou uma forte preocupação com a sua saúde, tal como se demonstra neste relato:

“...se eu tiver algum problema depois da gravidez eu não tenho assistência, e isso sim preocupa-me. Pode haver alguma dificuldade (...) Eu nem sei se pagando as taxas eu posso (...) E se acontece alguma coisa depois da gravidez...? Você sai do hospital e parece que está tudo bem... Muitas mães saem do hospital e parece que está tudo bem e depois de um ano. Se é uma cesariana eu não tenho direito a nada...” (Caso 4).

Num outro ângulo, a insegurança surgiu representada no sentir-se desvalorizada nos seus hábitos religiosos no contexto laboral, parecendo ser um aspeto especialmente significativo na situação de gravidez, como se depreende neste testemunho:

“Como eu estou assim, eu sou muçulmana e não como carne de porco... eu como

vaca e borrego... só não como carne de porco... e depois lá a gente não tem aquelas horas para comer, a gente como às sete e meia, mas não temos aquela hora para comer descansada, e ele não considera isto... uma pessoa come um bocadinho, depois tem que se levantar, uma pessoa não come devagarinho e depois dos clientes entrarem...” (Caso 17).

Com efeito, o envolvimento emocional e psicológico que o próprio processo de gravidez exige da mulher, numa gestante migrante, quando associado a uma diversidade de fatores, como crenças e práticas religiosas ao serem determinantes no equilíbrio da saúde de pessoas de culturas diversas (Reis, 2015), poderão potenciar a sua vulnerabilidade aos riscos de saúde.

Surge, ainda, outra particularidade desta subcategoria *Gerindo o quotidiano*, definida com o código focal “Sustentando-se com poucos recursos”, onde mais uma vez, os dados reforçam a ideia de que a qualidade de vida de uma mulher migrante grávida depende e é influenciada por fatores de ordem física, da psique (emocional e mental) e por padrões de comportamento social. O excesso de funções e de responsabilidades conduzem ao cansaço físico prejudicial ao bem-estar materno e fetal, necessitando-se, com frequência, de interromper a atividade laboral, dizendo a gestante: “*É que lá em casa eu não descanso também...*” (Caso 17).

No sentido de evitar represálias, a gestante migrante vai adiando o manifestar as suas necessidades ou opta por se subjugar às precárias condições de trabalho, conforme relatos anteriormente descritos. A ansiedade, o stress, a insegurança e o sentir-se sozinha são sentimentos que acompanham o processo de gravidez de algumas das participantes e, tendencialmente conjugados, quer com uma prevista falta de ajuda de familiares ou de apoio de pessoas próximas nos encargos com o bebé, após terminar a licença de maternidade, quer no confidenciar sobre as suas necessidades e receios, tal como se interpreta dos seguintes relatos:

*“Por causa da hora que saio, e até agora não consegui encontrar nenhuma ama que fique com ela à noite... isso é preocupante (...) E agora já estou para ter o bebé a ainda não consegui arranjar a ama, não posso deixar no berçário porque nos berçários não atendem de noite, e isso ainda não sei como é que vou resolver (...) É essa parte do trabalho, porque eu não posso ficar desempregada, e isso vai ser um bocado difícil. Quando eu começo a pensar nisso, acho que fico maluca (...)
...eu estava com muito medo e a minha irmã começou a ficar preocupada porque não vai*

ser fácil porque ela tem um bebé de doze meses, e um menino de oito anos (...) Vem com os dois... está a fazer um grande sacrifício porque não é fácil, mas ela vem porque ela está a sentir essa necessidade, que eu preciso desse apoio.” (Caso 13).

A ansiedade e o stress também se revelaram numa necessidade antecipada de (re)organização de vida após o nascimento do bebé, mas onde as possibilidades previstas são todas na base de um sustento instável da família, tal como se depreende deste relato:

“E agora é assim, com duas crianças não vou poder trabalhar à noite. Então, se me quiserem mudar para de dia eu posso ficar lá no emprego, mas eu estou a pensar que com aquele dinheiro, quase que é o dinheiro para a ama. Depois vou comprar passe e são cinquenta e tal euros (...) Eu já pensei nisso tudo (em ficar em casa)... mas eu já pensei e vou falar... se me quiserem aumentar um bocadinho, mais ou menos, para seiscentos euros ou assim... porque para a ama já pago cem euros da menina, depois mais dois para tratar e já deve ser duzentos ou trezentos que ela me pode cobrar(...) eu estou a pensar em arranjar um (part-time) mas agora trabalho está difícil como se sabe... estou a pensar em fazer assim umas horinhas normais, não me importo de ganhar quatrocentos mas tem de ser em horas normais e assim elas não vão para a ama, porque aquele dinheiro que a gente dá para a ama pode ser para outra coisa.” (Caso17).

Assim como, sentimentos de insegurança e ansiedade se apresentaram relacionados com uma constante sensação de discriminação social, mesmo após 11 anos a viver no país. Estes sentimentos tendem a surgir nas situações em que sente maior vulnerabilidade aos comportamentos dos outros, levando a mulher migrante a procurar estar acompanhada quando necessita de interagir, nomeadamente em contextos de saúde, como se percebe no discurso desta participante:

“Nós grávidas já somos sensíveis, e essa experiência toda que eu estou tendo (...) já estou cá há um tempo e gosto muito daqui (...) já tive situações não agradáveis, mas já passei por cima disso tudo (...) e eu tinha muito medo de engravidar aqui, para ser sincera (...) Eu tive muito medo porque as pessoas falam, algumas amigas minhas já passaram por situações desagradáveis e difíceis e então eu sempre tive medo (...) A maneira como falam e o jeito que... eu acho que ainda há muita discriminação. (...) mas eu tenho tido muito apoio em relação ao meu marido, porque eu geralmente venho às consultas com ele, e faço tudo com ele e ele não deixa ninguém falar assim de uma maneira... e se alguém faz alguma coisa de errado, não quer dizer que somos todos assim... é a mesma coisa em relação aos pretos, aos brasileiros... imigrantes... tudo...

só quem é imigrante é que sabe (...) desde que eu recebi a carta para fazer aquela consulta [encaminhamento para a consulta de vigilância ao nível hospitalar com realização de CTG⁵⁰] que tem aquela ansiedade, mas o meu marido já disse que vai comigo, e eu me sinto mais segura quando ele está comigo...” (Caso 13).

O futuro pai/companheiro da mulher migrante surge neste último testemunho, como um elemento significativo no modo como a gestante gere as suas emoções nas interações com os funcionários e profissionais de saúde em contextos de saúde e, com particular interesse para o estudo, nos momentos de interação com a enfermeira. A presença do companheiro durante as consultas e vigilância pré-natal, por este ser português, proporcionava à gestante a possibilidade de se sentir respeitada como pessoa e de se sentir menos ansiosa e segura.

Com efeito, este incidente reforça os efeitos da discriminação social com que se debatem as mulheres migrantes em contextos de cuidados de saúde materna (Santiago & M. H. Figueiredo, 2013), onde a discriminação direta e indireta é reconhecida como uma importante fonte de disparidade nos cuidados de saúde, mas difícil de ser reconhecida pelos profissionais de saúde, como se depreende dos resultados apontados em estudos portugueses (Almeida et al., 2014a; Almeida et al., 2014b; Keygnaert et al., 2016).

O código “Sentindo-se sozinha perante os encargos do quotidiano”, tornou ainda mais explícito as dificuldades manifestadas por algumas das participantes, como se compreende neste relato em que a gestante dá alguns detalhes do modo como vive:

“Ela agora está na ama, porque eu levo ela às três, porque é assim, eu tenho uma vida complicada... Com o dinheiro que estou a ganhar eu não tenho condições para comprar passe e é o meu colega de trabalho que me traz, ele mora lá ao pé de mim e então dá-me boleia. Eu estou a ganhar quatrocentos e noventa... é complicado... como é ali perto eu vou a pé todos os dias... Ele vai para a ama às três, depois o pai vem às cinco e vai para casa e ela toma banho e come.” (Caso 17)

A sensação de solidão, também revelada na comparação com o comportamento social das mulheres do seu país, no que diz respeito à vivência da maternidade, conforme referiram migrantes africanas:

“Lá tem a família, que pode ajudar mais com a criança, e aqui só tem o marido,

⁵⁰ CTG ou Cardiotocografia é um exame complementar de diagnóstico não invasivo, que recorre a ultrassons para detetar a frequência cardíaca fetal e avaliar o bem-estar fetal e que permite registar, em simultâneo, a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina, utilizando um monitor designado por cardiotocógrafo (Graça, 2010).

e aqui todo o mundo trabalha, e cada um tem a sua ocupação e ninguém consegue ajudar muito o outro...Sim... lá tem sempre gente, sempre... sempre... não precisava estar com dores de uma cesariana e ter que fazer as minhas coisas, e também para ela... lá tinha sempre uma cunhada, uma prima...Tem sempre gente para nos ajudar, mas aqui não, aqui estamos mais sozinhas e temos que nos safar.” (Caso 8);

“Tem a ver com a nossa terra... na nossa terra é diferente... na nossa terra uma pessoa tem bebé, eles ajudam... tias, mãe ou avós, eles ajudam e você parece que nem tem criança, elas pegam na sua criança lavam e vestem... todos os dias... mas a gente chega aqui e não se comunicam... é verdade...Lá na Guiné, uma pessoa tem bebé, nem se cansa com a criança...Aqui não há ninguém...” (Caso 17);

“Aqui quando esta nasceu, como já tinha a experiência dos três, eu já não precisava... quer dizer, precisava, mas aqui é diferente, cada um tem que ir trabalhar... é difícil ter pessoas em casa. Se a pessoa tem alguém em casa hoje, amanhã já não tem porque a pessoa tem de ir trabalhar... tenho duas irmãs aqui, mas elas têm que trabalhar, não podem faltar ao trabalho... olha eu tinha que me desenrascar...” (Caso 9);

“Sim... das irmãs e tudo... tem muita gente lá no Senegal, tem solidariedade... entram nas casas das pessoas, as vizinhas, todos...Aqui ninguém vai a casa de ninguém...Sim. Quando você tem o bebé toda a família vem visitar. Aquele veio e logo diz uma coisa, se vêm que está a dar mama dizem: “não é assim... tens que fazer assim...” Toda a gente dá coisas...” (Caso 6).

Assim como o abandono de determinadas práticas de cuidados à mulher após o parto, pela falta de apoio nas diversas ocupações maternas e do quotidiano, também foi considerado como uma mudança condicionada pela atual condição de vida:

“...lá tem sempre gente, sempre... sempre... aqui estamos mais sozinhas e temos que nos safar...”

Lá sim [referindo-se a cuidados específicos após o parto], há banhos de água morna, e tem umas ervas e as mulheres sentam-se naquela água... fica-se naquela água morna...Aqui não. Eu tomo banho normal de água quente e toca a andar... [Risos] (Caso 8).

3.2.2 A rede de apoio

Dando continuidade à sequência de ideias com que se terminou o subcapítulo anterior, torna-se pertinente a descrição das propriedades que caracterizam outra das dimensões da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, sendo esta a subcategoria *A rede de apoio*, esquematizada na figura seguinte.

Códigos: “Identificando motivos de necessidade de ajuda no país de acolhimento”	Código focal: “Prevendo ajuda familiar após o parto”	Subcategoria: <i>A rede de apoio</i>
	Código focal: “A vida ocupada de cada um”	
Códigos: “Um recurso condicionado”	Código focal: “Exercendo a paternidade em contexto migratório”	

Figura 7.2. Subcategoria *A rede de apoio* e códigos agregados

“Prevendo ajuda familiar após o parto” (código focal), ajuda a compreender a vontade de se manter as práticas de cuidados a ter com puérpera e com o bebé e que foram socializadas no seu meio familiar e cultural. Práticas estas que, ao garantirem o apoio nas diferentes funções domésticas e nos cuidados ao bebé, contribuem para a recuperação física da mulher após o parto e transmitem a segurança e o conhecimento para uma adequada readaptação psicológica e emocional da mulher ao seu papel de mãe, sendo estes dois últimos aspetos, a segurança e o conhecimento, particularmente evidenciados nas mulheres que se encontravam na sua primeira experiência da maternidade.

Porém, numa visão de bem-estar e saúde da própria mulher, “Prevendo ajuda familiar após o parto”, também permitiu clarificar a vulnerabilidade das mulheres migrantes grávidas ou mães recentes aos diversos condicionamentos sociais devido ao distanciamento da sua família.

Para algumas das participantes foi possível programar esse apoio familiar, onde se torna evidente no seguinte relato o esforço da família em tentar garantir essa ajuda:

“eu vou falar com a minha irmã porque ela também teve bebê e também está na área da saúde no Brasil, e agora estou a sentir-me mais à vontade porque ela vem ter comigo, e então essa parte me alivia muito... porque eu tenho dúvidas e isso pode parecer estúpido, mas para mim é tudo muito novo.... está a fazer um grande sacrifício porque não é fácil, mas ela vem porque ela está a sentir essa necessidade, que eu preciso desse apoio. Então ela, e é a mais nova... ela só vai estar cá quinze dias, não pode ficar porque tem trabalho... [com um ar pesaroso]” (Caso 13).

Uma ajuda assumida pelas mulheres em determinados meios socioculturais, tal como se depreende no discurso de uma mãe que se deslocou do seu país para prestar assistência à sua filha e neta nos primeiros tempos após o parto:

“E elas não podem fazer nada... durante um mês... nem banho, nem lavam a cabeça, senão adoecem... Ah, isso é sagrado, toda a gente para fazer tudo e você fica lá deitada...”

Se tiver leite, ela dá... às vezes duas vezes, três vezes, depende, há noites que eu não incomodo porque eu a vejo ali... eu durmo com o bebé... eu faço o leite e dou [referindo-se à sua colaboração atual].” (Caso 12).

Um ajuda que dá visibilidade a uma coesão das mulheres da família para garantir apoio e assistência no período pós-parto, perceptível em discursos que vão sugerindo diferentes comportamentos etnoculturais e familiares no exercício desse apoio:

“Sim, a minha tia vai ficar comigo em casa para ajudar... Sim, ela vai ficar lá comigo, até três meses ou quatro...” (Caso 20);

“Os meus pais vivem aqui, eles foram de férias, mas vão voltar porque eles dizem que se calhar eu vou precisar de ajuda, como todas as mães têm o problema de filhos, e dizem que vão ajudar. Estou contente porque preciso de ajuda...” (Caso 1).

A importância atribuída a este recurso, ainda se torna mais clara, quando se perspetiva um frágil apoio familiar ou mesmo a falta deste, tendo sido expressa com alguma apreensão em relação ao futuro, como relataram estas participantes oriundas de São Tomé e Príncipe e Angola:

“Agora não vai ser a mesma coisa, por isso é que eu fico com essa preocupação, não passar pela mesma situação para ser mais fácil... eu agora vou ter apoio, mas não vai ser a mesma coisa. Lá tenho mais familiares, aqui é só os meus irmãos e o pai... a minha mãe não está cá...” (Caso 18);

“A minha mãe vive em Angola. Ela está cá neste momento porque está para ser

operada... mas só Deus é que sabe se ela vai estar aqui depois... Se o meu namorado não me apoiar ou alguma amiga... em casa não vale a pena... a minha avó não vai ser de certeza absoluta... e a minha tia que vive lá também... esquece... ela cuida das netas...” (Caso 22).

O código “Identificando motivos de necessidade de ajuda no país de acolhimento” interpreta, descreve e procura complementar o significado atribuído à família no período pós-parto, através do modo como as participantes especificaram os momentos em que a falta dessa ajuda foi significativa, pormenorizando a assistência que poderiam usufruir no seu país com base nas experiências vividas, como são exemplo:

“Da família há [referindo-se à falta sentida]. Quando eu tive os meus três, eu sempre ficava com a minha mãe. A minha mãe tratava do bebé no primeiro dia, mais ou menos até oito dias, e depois de oito dias ela dizia-me: olha o bebé é para fazer assim, para dar banho assim, é para limpar o corpo, depois tem que vestir isto primeiro..., ela é que explicava...” (Caso 9);

“Quando eu tive a minha primeira filha a minha tia, porque eu estava com a tia, a minha mãe estava longe, a minha tia cuidava de tudo, da comida, de beber, de dar banho... tudo, eu não fazia nada... até dois ou três meses...” (Caso 20).

Algumas das vezes, esta ajuda foi referenciada como essencial numa primeira experiência da maternidade, conforme se percebe na exposição destas participantes:

“Não tem comparação... eu era muito nova, sem experiência, apesar de o ter tido com vinte e um anos, mas sem experiência, era o primeiro filho. Eu estava sempre com a minha tia, quando a minha mãe faleceu essa tia ficou comigo, então eu tive o bebé, fui viver com o pai do meu filho e ela também foi. Então ela ajudava a tratar da criança, lavar...” (Caso 10);

“Lá na minha terra, quando uma pessoa se casa, se não vive com a mãe, e vive noutra casa, quando se tem bebé a mãe vai lá ficar dois meses ou um mês contigo... Sim, para ajudar e para mostrar... porque ela diz que no primeiro filho você não sabe... No segundo filho elas vão ajudar, mas não é tanto como no primeiro...” (Caso 6).

Outras das vezes, durante o expor da necessidade desta ajuda, ainda que subtilmente, se dá a entender a necessidade de apoio emocional que não se consegue colmatar no país de acolhimento:

“Eu sinto falta da minha família cá para ajudar porque somos só os dois. Apoio emocional... está a referir-se a esse apoio? [A grávida acenou com a cabeça confirmando

que era essa falta de apoio que sentia]... Depois também se eu tiver que ir trabalhar eu não tenho apoio de ninguém...Sim, e as escolas também são todas a pagar...É o caso porque eu também estou cá sozinho, eu não tenho ninguém...[revelando o companheiro]” (Caso 16);

“Eu sinto-me muito triste e como não tenho ninguém para me explicar...[com um olhar triste e resignado...]” (Caso 17).

Uma outra particularidade que se foi manifestando nos dados, tem a ver com uma especial referência à sua família, isto é, à falta que a mulher migrante sente da sua própria família quando se encontra afastada dela:

“Tenho tia, mas não é aqui perto. Eu e meu namorado vai apoiar. Podem me visitar a mim [revelando o tipo de apoio esperado da família do namorado]. Isso não sei. [desconhecendo o tipo de apoio que poderá receber da família do namorado após o nascimento da criança]” (Caso 14).

Esta falta parece assumir outras proporções, quando as famílias do casal são de países diferentes, conforme se percebe no discurso desta participante em que a família do companheiro seria o único recurso possível, para além do pai da criança:

“É só a família dele, não há mais...Exato... (o bebé ficar com a avó paterna ...nos primeiros tempos e com a mãe que está desempregada...) [olhando para o companheiro, procurando concordância...o companheiro anuiu com a cabeça] Sim... enquanto não estiver trabalhando [então confirma sem problemas]” (Caso 4).

De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005), uma das tarefas desenvolvimentais que caracteriza a transição para a parentalidade consiste no “reavaliar e reestruturar a relação com os pais” (p. 241), que se manifesta por uma (re)aproximação da mulher/ou do homem à sua família de origem. A chegada de um novo membro na família - o bebé, surge como elemento unificador entre duas gerações e duas famílias de origem, criando-se oportunidades para estreitar laços, assim como desencadeia o apoio nas práticas de cuidados ao bebé e à mãe e apoio emocional, que quando prestados de forma ajustada, promovem uma adequada adaptação à parentalidade.

Na situação anteriormente descrita, a grávida reconhece a família do seu companheiro como a única rede de apoio familiar. Mas, por outro lado, sabendo-se que no contexto cultural/subcultura de cada família existem normas de comportamento e expectativas para cada estágio do ciclo perinatal, cabe refletir nas possíveis diferenças nas expectativas étnicas e culturais que possam existir entre esta futura mãe de origem

brasileira e já com experiência na maternidade, e a atual avó paterna de origem portuguesa, nomeadamente, no que diz respeito às crenças e valores relacionados com as práticas cuidativas ao bebé. Será o apoio da avó paterna compensatório para esta futura mãe? Que ajuda de enfermagem poderá ser necessária para uma favorável adequação dos papéis parentais e dos avós paternos após o parto, nesta situação concreta?

Ainda neste incidente, a grávida colocou o companheiro como principal elemento de apoio e de seguida a família deste. O processo parental envolve competências cognitivas-motoras (atividades de cuidar da criança como alimentar, segurar/acarinhlar, higiene e conforto, vestir, proteger e promover a mobilidade) e competências cognitivo-afetivas (atitudes de ternura, atenção e interesse quanto às necessidades e desejos da criança) (Canavarro & Pedrosa, 2005). Sabendo que a aquisição destas competências é influenciada pela própria cultura/subcultura familiar e pela experiência pessoal, constata-se um companheiro que poderá ter representações, crenças e valores culturais diferentes da futura mãe.

Com efeito, existe um conjunto específico de tarefas que ambos os pais têm de desenvolver ao longo da gravidez, quer ao nível individual como ao coletivo (conjugal ou de família alargada), nomeadamente, a revisão de papéis da infância e dos modelos de interação vividos com e entre os pais, a reestruturação do modelo anterior de relacionamento conjugal e a preparação para o desempenho de tarefas cuidativas à criança (B. Figueiredo, 2001). Mas, algumas destas tarefas intensificam-se após o nascimento da criança, havendo necessidade de um adequado ajuste das respostas maternas e paternas às diferentes funções parentais. Num contexto de cuidados de saúde à mulher migrante grávida ao pós-parto, dever-se-á distinguir a importância da sensibilidade da enfermeira na identificação de possíveis conflitos provocados por diferentes contextos culturais na dinâmica familiar de cada família, no sentido da manutenção da saúde e do bem-estar dos seus diferentes membros.

Mas para além do referido, a falta de apoio da família reforça o anteriormente descrito no código “Sentindo-se insegura como imigrante”, ao ser influenciador do querer manter-se no país escolhido para migrar ou regressar ao seu país, especialmente quando as condições económicas em que se vive não correspondem às expectativas que levaram à emigração:

“Na verdade, se tivesse os familiares aqui, talvez ficasse mais algum tempo... Sim. Eu tinha aqui familiares, mas eles também já foram. Sim, quiseram voltar... então fiquei

só eu, o meu esposo e os amigos.” (Caso 7).

De facto, as mulheres nestas condições depararam-se com uma sobrecarga de trabalho e de encargos, que para além de levarem a sentimentos de frustração poderiam ser potenciadoras de fatores de risco para o bem-estar materno-fetal e futura criança, conforme se pode perceber na descrição dos códigos “Conciliando a atividade laboral com a gravidez” e “Sustentando-se com poucos recursos”.

A rede de amigos foi surgindo nos dados em simultaneidade com a rede familiar, tendo sido interpretada como uma outra fonte de apoio possível, especialmente nos primeiros meses após o parto. O código focal “A vida ocupada de cada um”, reforça a ideia da diferença de comportamento social encontrado pelas mulheres migrantes no país de acolhimento, sendo esta diferença particularmente dificultadora na vivência da maternidade das mulheres com baixos recursos económicos:

“parto aqui foi cesariana, mas mesmo assim eu tinha que me levantar porque aqui não tinha ninguém... tenho duas irmãs aqui, mas elas têm que trabalhar, não podem faltar ao trabalho... olha eu tinha que me desenrascar...” (Caso 9);

“Olhe, pode ser que hoje seja diferente, mas também acho que não, porque aqui cada um tem a sua vida própria, é difícil, mesmo que seja amigo, não está ali para te ajudar, pode ir comprar um remédio, mas é sempre difícil estar ali quando você mais precisa. Eles podem dar um apoio, mas toda a gente trabalha, todos têm a sua vida própria. É o problema daqui cada um por si. Por mais que fiquem amigos, nessas horas não se pode contar muito com eles.

Quando se tem uma irmã, ou um vizinho, que a gente conhece, isso é muito bom. Aqui é difícil... aqui ou em qualquer outro sítio em que a gente esteja longe da família ou dos amigos do nosso país, é muito difícil.” (Caso 5);

“Ela não está [referindo-se à irmã que deu apoio após o nascimento da primeira filha]. Ela agora mora no outro lado... agora só tenho o meu marido. Tenho que fazer sozinha... Ela não está... pode ser que ela venha passar alguns dias porque ela está em Setúbal, mas ela está a trabalhar e tem a família dela também...” (Caso 6).

Por vezes, a falta da família e do apoio de amigos mais próximos leva a que a mulher opte por adiar a sua primeira gravidez:

“Há uma senhora que também é brasileira que me tem dado muito apoio, a filha dela também teve bebé e tem a vida dela, tem trabalho, e tem o neto e não pode cuidar da minha... essa parte tem sido a mais difícil. Foi também uma das questões que fez com

que adiasse mais a gravidez...” (Caso 13).

Contudo, quando existe uma rede de amigos próxima e colaboradora a satisfação é exteriorizada pela mulher migrante, como expôs esta mãe migrante brasileira, um mês após o nascimento da sua filha e já sem a presença dos pais que, entretanto, regressaram ao seu país. E a grávida cabo-verdiana ao referir que nunca sentiu falta de apoio da família, revelando viver próximo das tias, irmãs da sua mãe:

“...agora que só estamos eu, o meu esposo e os amigos...Sim, me ligam para saber se está tudo bem... se eu preciso de alguma coisa... me acompanham para a consulta... e se eu estou a dormir me acordam por causa da consulta... [Olhando e sorrindo para amiga que a acompanhou à consulta de saúde infantil, devido à indisponibilidade do companheiro]. Então, em relação a acompanhamento de amigos, eu estou bem.” (Caso 7);

“Como a família é muito unida, eu sempre tive apoio, desde que estava em Coimbra, mesmo financeiro, sempre me apoiaram.” (Caso 3).

No âmbito da sociologia da família, considera Slepj (2000), que a família das sociedades contemporâneas é uma "instituição" em evolução e mudança, onde a pertença a um determinado parentesco perde significado ao ser substituída por uma maior liberdade de escolha pessoal, quer de normas, como dos valores morais e religiosos orientadores, tornando a construção de cada identidade mais complexa e diversificada.

O nascimento de um filho surge como um acontecimento marcante na vida das pessoas, sendo promotor de mudanças, quer na condição individual de mulher e de homem e na conjugalidade, quer nos diferentes papéis sociais (Colman & Colman, 1994; Relvas, 1996 citados por Canavarro & Pedrosa, 2005).

Ao longo da gravidez, a mulher prepara-se para o seu papel de mãe, através de sucessivas mudanças fisiológicas e de desenvolvimento psicológico e cognitivo. Do mesmo modo, ao nível psicológico e cognitivo, o homem tem de passar por diversas tarefas desenvolvimentais dinâmicas, progressivas e interligadas conducentes a uma eficaz transição para a paternidade, sendo estas: Tarefa 1 - envolvimento paterno durante a gravidez; Tarefa 2 - preparação para o parto e o nascimento do filho; Tarefa 3 - construção do papel paterno (Mendes, 2009). Com efeito, os papéis parentais cada vez mais assumem a influência sociocultural de cada contexto, perdendo a sua vinculação aos papéis de género, conforme refere o mesmo autor. Para esta mudança muito tem contribuído o conhecimento sobre as necessidades do homem no que diz respeito à sua

adaptação psicológica ao papel de pai e à aquisição de competências para a educação e cuidados à criança, afastando-o de um papel apenas associado à responsabilidade relativa ao suporte económico da família (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Contudo, se por um lado, as transformações sociais ocorridas de forma mais lenta ou mais acelerada nas diferentes sociedades, têm provocado mudanças na gestão das funções parentais (função materna e função paterna), a coexistência de modelos familiares diferentes numa mesma sociedade tem sido observada por um aumento do número de homens a assumirem ou a partilharem com as mães as funções educativas ,mas onde as representações das funções paternas podem estar ligadas a modelos tradicionais e a crenças sobre o papel de género (M. H. Figueiredo, 2012, p. 35).

Esta tendência sociocultural e adaptativa do papel do pai no âmbito da maternidade foi sendo manifestada pelas participantes perante as responsabilidades e funções acrescidas com a chegada de um novo membro na família e perante a fragilidade ou afastamento de uma rede social de apoio essencial. Por outras palavras, uma mudança na gestão das funções parentais, que ocorre no contexto de cada casal/família durante o processo de transição da maternidade e, em simultaneidade, numa transição sociocultural provocada pela migração.

O apoio significativo e gratificante que algumas gestantes manifestaram em relação ao papel do pai/companheiro no âmbito da maternidade, deixaram transparecer características pessoais e de socialização que foram sendo adquiridas ao longo do percurso das suas vidas e que se ajustaram às novas condições socioculturais e de vida existentes no país de migração.

Pelo código focal “Exercendo a paternidade em contexto migratório” depreendeu-se onde essas adaptações foram mais significativas na vida da mulher migrante e, de certo modo, possibilitaram a perceção de como este apoio, por vezes o único suporte da rede de apoio existente, se tornou facilitador e promotor de transições saudáveis, nomeadamente pela vulnerabilidade acrescida a estes dois processos de transição que se vivenciavam em simultâneo.

O modo como estas mães migrantes revelaram o apoio dado pelos seus companheiros durante a gravidez e após o nascimento bebé, torna explícito a influência das características de personalidade, das dimensões socioculturais e a adequação dos vários aspetos que envolvem as funções paternas em contexto migratório:

“Sim, ele é um parceiro e tanto... ele colabora até demais do que a conta... agora

lá [referindo-se ao Brasil] eu não sei se os pais lá são tão participativos, acho que depende muito de homem para homem, não é? ... como ela é um bebé que ele esperava muito, ele queria muito, então acho que isso influenciou... até porque a mãe dele e as irmãs dizem que ele é um paizão... realmente ele é... ele é do tipo que participa muito, troca de fraldas, dá banho, se pudesse dar comida também dava... ele é muito participativo. Às vezes ele chega do trabalho e vem cansado e diz 'deixa que eu faço que o pai está com saudades'... Então, eu acho que isso depende muito de pessoa para pessoa. Nem sei se é de cultura, porque é assim eu tenho uma vizinha, e ela também é brasileira, e ela não teve essa colaboração toda do esposo, que também é brasileiro, então eu acho que isso também é bem relativo.” (Caso 7);

“...aqui só tem o marido, e aqui todo o mundo trabalha, e cada um tem a sua ocupação e ninguém consegue ajudar muito o outro...Ele aqui ajuda muito... limpa a casa, faz as coisas, trata da miúda, fica com a miúda... Por exemplo, se eu tenho que vir ao supermercado que é próximo de casa, ele fica com a miúda... agora que ela nasceu, eu ainda não limpei a casa, eu não faço essas coisas, ele é que faz (o marido). Não, não é normal... há aquele machismo ainda que “eu sou o macho em casa e não faço nada”.

Sim, mas essa fase já passou... Já estava ensinado... também já são dezassete anos que ele vive cá. Já ajuda bastante...[risos]” (Caso 8);

“Às vezes não. Quando eu tive filho, não seria isso [referindo-se ao primeiro filho nascido em Cabo-Verde]. Mas cá está a ajudar (...) Não é preciso, porque tem outra pessoa que ajuda [referindo-se à ajuda do pai da criança nos cuidados e funções relacionadas com a maternidade no seu país]. Mas cá todo o homem faz as coisas de mulher.” (Caso 11).

Contudo, mesmo sentindo-se reconhecida e apoiada pelo seu companheiro, nomeadamente no acompanhamento da vigilância pré-natal onde surge a insegurança e ansiedade provocada pela sensação de discriminação social: *“mas eu tenho tido muito apoio em relação ao meu marido, porque eu geralmente venho às consultas com ele, e faço tudo com ele e ele não deixa ninguém falar assim de uma maneira... desde que eu recebi a carta para fazer aquela consulta [encaminhamento para a consulta de vigilância ao nível hospitalar com realização de CTG] que tem aquela ansiedade mas o meu marido já disse que vai comigo, e eu me sinto mais segura quando ele está comigo...” (Caso 13),* contatou-se na análise dos dados, que o apoio do pai/companheiro codificado de “Um recurso condicionado” é ilustrativo da necessidade que a mulher migrante grávida ou uma

mãe recente sente de uma rede de apoio mais diversificada, mais especificamente, em termos do tipo de recursos que a comunidade mais próxima possa oferecer num país de acolhimento. Este condicionamento deve-se, em grande parte, à atividade laboral da maioria dos migrantes, com frequência com trabalhos a contrato temporário e com horários que não se ajustam às diferentes necessidades da família, a não ser na necessidade essencial de sustento da mesma, conforme relatam estas participantes:

“Ele não ajuda assim muito porque ele tem um trabalho um bocado difícil. Ele entra às dez e tem três horas de descanso, e naquelas três horas não lhe compensa vir para casa descansar, e então ele fica lá no trabalho, depois trabalha às dezanove horas e até às vinte e três está sempre a trabalhar. Sai do trabalho e chega a casa quase à uma hora e já não dá tempo, ele só tem folga à segunda-feira...” (Caso 9);

“Sim..., mas ele vai trabalhar... ele ajuda mas... o meu marido apoia mas ele sai para trabalhar de manhã e só volta de tarde... depois vai lá buscar a filha ... eu também saio à tarde... ele vem primeiro, ele sai às sete... eu chego a casa às oito da noite...” (Caso 6, gestante migrante do Senegal, com 36 semanas de gestação, com Incapacidade Temporária (baixa) há cerca de 2 meses, por gravidez de risco).

3.2.3 Manifestando a influência cultural de origem

Dando continuidade à descrição e interpretação das dimensões e propriedades da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE e na transversalidade dos fenómenos da gravidez e da maternidade, ambos reconhecidos como processos dinâmicos, distintos, e complementares reflete-se a subcategoria *Manifestando a influência cultural de origem* caraterizadora do significado cultural implícito nos conhecimentos, práticas e experiências adquiridas no âmbito da maternidade e de como a mulher migrante utiliza e/ou adequa esse significado nas suas ações na nova sociedade. Dito de outro modo, os comportamentos socialmente apreendidos e praticados são um reflexo de valores e costumes culturais onde o confronto com outras práticas diferentes das suas e os condicionamentos provocados pelo afastamento da família de origem (no apoio afetivo, na orientação sobre os seus costumes, na assistência e colaboração nas práticas de cuidados associadas à maternidade), poderão influenciar novas ações sociais, nomeadamente, poderão tornar-se dilemas interacionais, entre a mulher migrante e a

enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

Assim, integram esta subcategoria os aspetos que caracterizam a experiência da maternidade adquirida ao longo da vida pela observação e colaboração nos assuntos da maternidade, especialmente representados nos incidentes que as participantes valorizaram das suas experiências da gravidez, parto e maternidade vividas no país de acolhimento, por serem as únicas existentes no âmbito desta temática. E, também, os aspetos que caracterizam a própria experiência num anterior desempenho do papel maternal (Figura 7.3).

Com esta leitura, emergiram novas questões estimuladoras para a continuidade da análise dos dados: como as mulheres agem e interagem com a enfermeira num contexto de saúde já conhecido? qual a influência dos seus hábitos culturais de origem na experiência anterior e o que é significativo nesta nova experiência? que necessidades de saúde foram destacadas da experiência anterior, como as adequaram ou como procuraram satisfazer na experiência atual?

Códigos: “Confronto entre gerações” “Assuntos da intimidade enraizados na educação familiar”	Código focal: “Modelo cultural de origem determinando a adesão a novos comportamentos de saúde”	Subcategoria: <i>Manifestando a influência cultural de origem</i>
Códigos: “Adquirindo experiência cuidando de outras crianças” “Fracá integração no mundo da maternidade no seu país de origem” “Aprendendo com a mãe”	Código focal: “Observando e colaborando na experiência da maternidade”	
Códigos: “Reportando-se à gravidez” “Reportando-se ao momento do parto” “Reportando-se ao pós-parto”	Código focal: “Comparando as suas experiências”	
	Código focal: “Mantendo as suas práticas de cuidados”	

Figura 7.3. Subcategoria *Manifestando a influência cultural de origem* e códigos agregados

O código focal “Modelo cultural de origem determinando a adesão a novos comportamentos de saúde”, evidenciou como as práticas da gravidez e maternidade são particularmente influenciadas por hábitos culturais adquiridos, alguns deles enraizados ao longo de gerações, como é o caso das crenças sobrenaturais justificadoras tanto de possíveis intercorrências durante a gravidez, como de doenças e malformações fetais. A não adesão a outros comportamentos de saúde diferentes dos que se está habituado, parece dever-se ao receio de as mulheres migrantes se sentirem rejeitadas ou mal interpretadas nas suas crenças e a uma possível punição proveniente de forças sobrenaturais por se seguir outras orientações, como revelou esta jovem grávida quando se reportava ao comportamento de gestantes do seu país:

“...porque basicamente são duas culturas diferentes, lá há muitas crenças (...) na cultura de São Tomé, lá acreditam em coisas sobrenaturais (...) quando corre mal, e depois não sabem... acham que é por estar cá... algumas coisas tentam fugir... acreditam mais que aquilo que...[Parou de falar como que não querendo dizer] ... e se geralmente corre bem para as outras pessoas, para elas é que é má... então tentam fugir um pouco ao sistema (...) têm receio de mostrar aquilo em que acreditam realmente. Então, ficam fechadas e vão seguindo aquilo em que acreditam.” (Caso 3).

Ou, quando uma prática de cuidados se revela como a que possibilita à mulher não passar pelas dores do trabalho de parto (TP), como é o caso da cesariana:

“Por exemplo, eu sempre quis ter parto normal, e ela achava isso uma coisa... ela achava que não, que o normal era ter parto de cesariana, e eu dizia: mas mãe, há anestesia no parto normal, e ela: mas eu nunca ouvi isso. Ou seja, lá no Brasil eles não sabem muito bem sobre isso... que há como amenizar a dor do parto normal (...) Eu penso que sim, eu penso que as pessoas lá têm um preconceitozinho grande em relação ao parto normal. Mas eu acho que é mais por falta de esclarecimento.” (Caso 7).

Contudo, perante um resultado final menos favorável, surge a dualidade entre os hábitos culturais e a adaptação à nova cultura provocando dúvidas em relação à opção tomada, conforme se percebe no discurso da mesma participante, quando se referiu ao que aconteceu à sua filha durante o parto, apesar de considerar que recebeu a assistência de saúde adequada à situação:

“Gostei de lá estar, eu só fiquei meia assim porque a minha bebé era meio grandinha, e o que aconteceu foi que na altura do parto, ela teve um problema na clavícula dela e isso foi por causa da passagem... Foi parto normal, correu tudo bem,

correu..., mas eu não sei se não era para ter feito cesariana e eles lá têm essa coisa de fazer parto normal a qualquer custo, e acho que foi a única coisa que me fez ficar meio assim foi isso que aconteceu com ela. Mas, de qualquer modo, o hospital também me deu assistência, ela foi fazer fisioterapia... Ela vai fazer fisioterapia, mas para ver se está tudo a correr bem... Aconteceu isso, aconteceu. Mas também, por outro lado, deram assistência e disseram que iam tratar do assunto, e isso acabou amenizando um pouco mais a situação. Acho que isso foi a única coisa que me deixou meio assim...” (Caso7).

Por sua vez, o avanço tecnológico, a procura de informação e a própria adaptação aos comportamentos de saúde da nova sociedade, permitiram perceber o “Confronto entre gerações” (código) no modo como algumas das participantes procuraram gerir as diferenças de opiniões entre elas e as pessoas que exerceram influência significativa nos seus comportamentos relacionados com a maternidade, dizendo esta participante:

“Oh sim... eu acho que nesse aspeto eu acho que era coisa de mãe, de avó mesmo. No caso dela, ela vivenciou a gravidez numa altura em que as coisas eram bem diferentes do que é hoje, ou seja, havia coisas que passavam para mim ou que eu ouvia dos médicos e dos enfermeiros que ela dizia: mas como assim fizeram isso...? Eu percebi que pode haver diferenças pelo comportamento dela, do modo como ela falava as coisas, talvez lá fosse diferente (...) Outra coisa, estava a falar com uma amiga minha, um dia destes, e estávamos conversando sobre as coisas que nós consumíamos quando éramos crianças e que hoje em dia nós não daríamos nunca para os nossos filhos, e ela estava a dizer-me que a mãe dela lhe dava ovo de pata batido com casca e vinho do Porto, e eu pensei: meu Deus, eu não daria isso nunca para a minha filha...! e ela dizia: eu também não daria isso nunca ao meu filho, mas a minha mãe disse que eu tomei e estou viva até hoje! (...) então são tradições... e a mãe dela é brasileira, são coisas que havia antigamente e que se nós trouxermos para os dias de hoje não fica muito bem...” (Caso 7).

O código “Assuntos da intimidade enraizados na educação familiar”, foi aqui considerado, por ser sugestivo de uma outra característica cultural que poderá influenciar a qualidade da interação entre enfermeiro género masculino e a mulher migrante, tal como se revela neste discurso, em que a participante exemplifica comportamentos familiares culturais e o seu constrangimento em comunicar com o médico:

“...quando estão todos reunidos, às vezes falam dessas coisas, quando está a família toda, as mulheres falam dessas coisas muito abertamente... Sim, só entre mulheres, nunca com homens... e por isso eu não me sinto à vontade. Eu penso numa

desculpa para deixar de falar e sair (...) Por exemplo, a minha irmã diz que tem de ir à ginecologista, mas tenho que pedir para ir a uma mulher. Não sei se é só da nossa família, ou se são as mulheres da Roménia que são assim mas na nossa família é assim. (...) como hoje estava com um doutor lá dentro, a pergunta que eu tinha que fazer olhei mais para a enfermeira, senti-me mais à vontade com ela (...) não nos sentimos à vontade, já falámos destas coisas... mas é mais fácil se for mulher.” (Caso 2).

Com efeito, os aspetos culturais podem ser acentuados ou agilizados consoante as características da personalidade de cada mulher, idade ou experiências de gravidez ou maternidade anteriores, conforme se verifica no modo como estas participantes se revelaram, quando questionadas sobre o seu à vontade em falar com a enfermeira ou profissional de saúde sobre assuntos mais pessoais, durante as consultas de vigilância pré-natal ao pós-parto:

“Eu não aconselho, principalmente as mulheres, a ficar com vergonha de perguntar, mesmo que seja um médico não tenho vergonha de perguntar, se tenho uma dúvida eu pergunto logo.” (Caso 21);

“Não é uma questão de falar... é uma questão de convivência... eu convivo muito pouco com as outras pessoas...” (Caso 3);

“Eu tenho uma personalidade de... não é distanciamento, eu sinto-me à vontade, mas também quero ajudar na entrevista e falar das coisas, e também porque sei que fico no anonimato e por isso sinto-me à vontade para falar das coisas (...) Por isso... aqui estava escrito tudo... as minhas datas... e eu não estava a falar como estou a falar agora da minha vida, porque não gosto de falar da minha vida...” (Caso 2).

Mas quando se acentuam excessivamente, pode estar subentendido um sentir-se só no exercício da maternidade, levando a mulher migrante a refugiar-se na experiência já adquirida, procurando assim colmatar as suas fragilidades e inseguranças.

“Observando e colaborando na experiência da maternidade”, surgiu como código focal agregador do modo como se processou, nos aspetos mais significativos, a aprendizagem das participantes sobre as práticas de cuidados para com ela própria durante a gravidez e no pós-parto e nos cuidados ao bebé. O código “Adquirindo experiência cuidando de outras crianças” permitiu perceber que ter cuidado de irmãos mais novos ou de outros bebés garantiu alguma segurança para a primeira experiência da maternidade vivida ou a ser vivida noutro país, conforme relatos:

“Experiência assim eu já tenho de Cabo Verde porque cuidava dos meus irmãos,

e aqui quando cheguei a minha mãe tinha uma filha pequenina, eu chegava da escola e cuidava dela, dos meus sobrinhos também. No início eu ficava assim a ver como elas faziam...” (Caso 19);

“mas eu tenho muita experiência, mesmo antes de ter o meu filho eu sempre ajudei as primas... sempre tive bebês ao pé de mim...” (Caso 22).

Mas, o não ter sido integrada nos assuntos da maternidade durante o tempo que se viveu no seu país, também foi relatado pelas participantes mais jovens e codificado de “Fracá integração no mundo da maternidade no seu país de origem”. Nestas situações, foi evidenciado um processo de adaptação social e psicológica à cultura do país de acolhimento e adesão às mudanças que o meio social envolvente oferece, como se percebe do discurso desta participante:

“É assim, em Cabo Verde nunca vivi isso de perto, quando saí de lá só tinha um sobrinho da minha irmã mais velha, então nunca estive integrada nesse mundo da maternidade (...) desde que engravidei, não saio da internet... mesmo antes porque a minha gravidez foi mais ou menos planeada, porque eu queria, então a internet tem ajudado.” (Caso 3).

Porém, mesmo em situações de maior adaptação à nova sociedade, parece que as referências de origem adquirem grande significado no que se reporta à aprendizagem sobre a maternidade. Kretchmar e Jacobvitz (2002) citados em Mercer (2004, p. 229), observando a relação mãe e filhos através de gerações, concluem que mães que mantêm relações com a própria mãe tendem a recrear esse tipo de relacionamento com os seus filhos; as que se recordam de terem sido bem aceites pelas suas mães durante a infância e mantêm relacionamentos equilibrados com elas, são mais sensíveis e menos intrusivas com os seus filhos aos 9 meses de idade. O código “Aprendendo com a mãe”, sendo a mãe um dos elementos de referência da rede de apoio familiar, estando por isso integrada na subcategoria *A Rede de apoio*, é particularmente distinguida aqui, pela segurança e apoio emocional que a sua presença transmite à gestante migrante, nomeadamente, no planeamento atempado da sua vinda para ajudar a filha durante os primeiros tempos após o parto. E, também, pela angústia manifestada pelas participantes quando previam não conseguir usufruir desse acompanhamento após o parto e conscientes da frágil ajuda de familiares ou amigos da sua origem, conforme descrito anteriormente no código focal “Prevendo ajuda familiar após o parto” (subcategoria *A rede de apoio*):

“Eu estou a ver se consigo fazê-la vir (...) para me acompanhar pelo menos dois

meses, mas (...) Ela vem dar os primeiros passos e acompanhar de perto...” (Caso 3);

“Não... [Entrevistada emociona-se] (...) É difícil. Ela está com a minha avó (...) Ela [avó] está doente (...) Ainda não... [dando a perceber que também não estava com condições monetárias para regressar ao seu país]” (Caso 14).

“Comparando as suas experiências” (código focal), para além de refletir um comportamento característico das mulheres quando se encontram grávidas ou nos primeiros tempos da maternidade, possibilitou perceber como cada mulher se foi ajustando às diversas situações/dilemas com que se deparou enquanto grávida ou durante o TP e parto ou no período pós-parto.

O código “Reportando-se à gravidez” evidencia dos relatos a tendência de intercorrências durante a gestação nas mulheres migrantes, corroborando com o amplamente constatado na evidência científica e, nas participantes do estudo, esta tendência estava especialmente relacionada com a sobrecarga de trabalho a que estavam sujeitas durante a gravidez, conforme analisado e descrito no código focal “Conciliando a atividade laboral com a gravidez” (subcategoria *Gerindo o quotidiano*). No testemunho abaixo apresentado, a participante deu a perceber a diferença entre as suas experiências de gravidez e partos e identifica, com algum pormenor, o momento que considerou mais difícil para si desta sua última experiência:

“Lá em África, os três partos foram normais, e aqui foi cesariana. Foi porque ela nasceu com mais quilos, estava muito para cima e não queria descer, e também foi uma gravidez de risco porque desde um mês eu já estava em casa, já não estava a trabalhar, porque quando eu tentava trabalhar mesmo em casa ou na rua, quando ia fazer compras, estava sempre a sangrar. Eu não conseguia fazer nada... tive que ficar no hospital quando estava grávida de quatro meses, dezanove dias, deitada na cama, sem me levantar, para não perder o bebé. Eu não podia fazer nada, nadinha, nem banho... foi mesmo terrível, foi uma gravidez difícil, e então ela foi difícil... Os outros não, os outros correram todos bem...” (Caso 9).

Na perspetiva da psicologia desenvolvimental, para uma saudável progressão e preparação de si própria e família para a chegada do bebé, cada mulher deverá desenvolver tarefas desenvolvimentais interligadas e complementares desde o início da gravidez ao pós-parto (Canavarro, 2001, 2006). O parto, representa assim, a transição da gravidez para a maternidade, em que cada mulher com as suas vivências, trás para este momento inúmeras particularidades sociais, psicológicas e fisiológicas que tornam os

fatores emocionais relevantes durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Com efeito, para além do medo da dor do TP e parto que as mulheres associam a este acontecimento, podem surgir outros medos, fantasias e crenças autopunitivas, tornando-o numa experiência única e representativa para cada mulher (Canavarro, 2001, 2006).

O código “Reportando-se ao momento do parto” analisa e revela o que as participantes destacaram das suas experiências de parto e, as que ainda se encontravam grávidas identificaram os seus maiores receios para o futuro parto que iria acontecer em contexto de saúde português. Por outro lado, o relato das suas experiências de parto possibilitou perceber os contextos de saúde em que estes aconteceram e, assim, surgiu uma primeira abordagem sobre a perceção e expectativas relacionadas com os cuidados de enfermagem.

A dor e as intercorrências durante o parto que provocaram, posteriormente, dor e mazelas no pós-parto foram referidas por grande parte das participantes, mas apesar de todo o receio que envolve o ter que passar por outra experiência de parto, o acontecimento anterior parece ter sido interiorizado com alguma naturalidade, sendo reveladas formas de agir para não se repetir a mesma experiência, como referiu esta participante:

“A importância que eu possa dizer é que eu não sei o que esperar agora na hora do parto. A única diferença é que eu tive lá no parto uma cama sem o ferro que a mulher tem que segurar para espremer, para fazer o esforço. Então, quando acabei de ter o meu filho eu fiquei paralisada na perna e fiquei quase seis meses com uma ‘negra’. Agora vou esperar aqui se vai ser faca ou se vai ser uma boa cama para poder espremer o menino...” (Caso 21).

Ou, quando a visão do parto por cesariana emerge como prática comum no país de origem e se consegue expressar a diferença entre quem presta cuidados e quem é cuidado, parece que uma experiência de TP e parto dolorosa se torna mais significativa, levando a mulher a procurar outros meios, como a utilização dos dois sistemas de saúde em simultâneo, para evitar passar por uma situação semelhante, como descreveu a participante que viveu a sua primeira experiência de parto no sistema de saúde português:

“...só não gostei do dia do parto porque acho que sofri muito(...) eu acho que nem a epidural pegou bem em mim... diz-se que quando pega acaba logo as dores, mas nem isso funcionou em mim... mas eu acho que é uma maneira de sofrer menos (...) Eu sofri tanto que até falei ‘nunca mais quero ter mais filhos’ ...e agora já passou e já estou aqui outra vez... mas essa parte não quero nem pensar (...) Aqui [em Portugal] é bem ao

contrário, aqui é demorado fazer uma cesariana e lá parte-se mais para a cesariana (...) por eu ter passado tão mal e com tanta dor a ver que ele não ia nascer daquela maneira eu pensava 'porque é que esperam tanto... façam a cesariana' (...) Como o doutor acha que eu tenho o útero muito fechado, pode ser que seja cesariana outra vez, pode ser esse o motivo de não ter tido passagem... porque eu tenho o útero fechado... nunca fiz dilatação... fiz um ponto e pouco... foi muito pouco (...) eu estou a usufruir desse seguro... e então para precaver essas coisas eu prefiro procurar outro médico e continuar com este, e também porque ele faz parte do Amadora/Sintra e eu estou tendo acompanhamento com ele para ele fazer o meu parto... é mais por isso... o doutor aqui é muito bom mas no dia ele não vai poder estar... a gente sente uma segurança tão forte com o nosso médico e depois na altura principal ele não está lá... e então eu pensei em conseguir estar dos dois lados para precaver essas coisas..." (Caso 5).

Pelo código "Reportando-se ao pós-parto" mais uma vez foi valorizada a presença de um elemento feminino após o nascimento da criança, quer para a aprendizagem dos cuidados à puérpera e ao bebé, quer pelo importante apoio nas restantes funções familiares (por exemplo, nas funções domésticas ou nos cuidados a outras crianças mais velhas), como se expõe nos seguintes relatos, onde as experiências divergem no local onde ocorreram, sendo que a primeira se reporta ao país de origem e a segunda vivida no país de acolhimento:

"Quando eu tive os meus três, eu sempre ficava com a minha mãe (...) A minha mãe tratava do bebé no primeiro dia, mais ou menos até oito dias, e depois de oito dias ela dizia-me: olha o bebé é para fazer assim, para dar banho assim, é para limpar o corpo, depois tem que vestir isto primeiro..., ela é que explicava" (Caso 9);

"Lá na minha terra, quando uma pessoa se casa, se não vive com a mãe, e vive noutra casa, quando se tem bebé a mãe vai lá ficar dois meses ou um mês contigo (...) Sim, para ajudar e para mostrar... porque ela diz que no primeiro filho você não sabe (...) Eu nunca estive grávida no Senegal ..., e quando eu cheguei aqui [a Portugal] a minha irmã estava cá e ela me disse para comprar Betadine para lavar e aliviou...quando eu cheguei a casa eu dava de mamar com a minha irmã, eu fazia isso junto com a minha irmã... a minha irmã dava banho..., eles não querem que magoe a criança por causa do cordão [refere-se ao coto umbilical], e era a minha irmã que fazia esses cuidados ao bebé..." (Caso 6).

E, num segundo olhar para os relatos acima descritos, percebe-se a existência de

uma outra prática de cuidados com a mulher após o parto, sendo esta o resguardo ou o tempo que é considerado como necessário para a sua recuperação física e que as mulheres da família tendem a proporcionar umas às outras em determinadas sociedades, como se procura transmitir nestes depoimentos sobre as experiências pessoais:

“Quando eu tive a minha primeira filha a minha tia, porque eu estava com a tia, a minha mãe estava longe, a minha tia cuidava de tudo, da comida, de beber, de dar banho... tudo, eu não fazia nada... até dois ou três meses...” (Caso 20);

“E elas não podem fazer nada... durante um mês... nem banho, nem lavam a cabeça, senão adoecem... Ah, isso é sagrado, toda a gente para fazer tudo e você fica lá deitada...” (Caso 12);

“A maior parte das pessoas fica um mês. Eu não estava doente, tinha um parto normal. Passado 3 dias, eu fiz minhas coisas. O que eu não fez, foi lavar roupa à mão.” (Caso 11).

Neste caminhar lógico de análise desta subcategoria, considerou-se o código focal “Mantendo as suas práticas de cuidados”, sendo interpretado como um código que enlaça e dá sentido aos significados atribuídos pelas mulheres migrantes às necessidades encontradas e às opções e adequações implementadas na atual experiência da maternidade no país recetor. Subentende-se, que a mulher migrante tende a escolher do país de acolhimento comportamentos de saúde e práticas de cuidados relacionadas com a gravidez e maternidade de acordo com aquilo que valoriza e que sente segurança. Assim como mantém os seus costumes de origem, que são divulgados de acordo com o nível de aceitação que considera obter da sociedade recetora, nomeadamente dos profissionais de saúde, no sentido de se sentir bem acolhida na mesma, como se depreende nestes relatos:

“Na minha terra é assim, quando se acaba de ter o bebé, tem que se fazer água morna e toma-se banho todos os dias, há umas folhas que eles fazem (...) também fiz cá... eu fui procurar as folhas à Nazaré... são folhas de banana, secas, tem que se fazer vapor, depois toma-se banho com esta água...” (Caso 10, mulher guineense de 4 filhos, com 41 anos, a primeira gravidez aconteceu no seu país quando tinha 21 anos de idade e os outros filhos de 16, 8 anos e 6 meses de idade em Portugal);

“Manteiga de vaca, com papa de milho, com cachupa, só fervendo um bocadinho, por essa manteiga, quentinha, comer e depois eles aquecem manteiga de vaca... eu vim com manteiga de vaca para ela... eles dizem que é para limpar e para depois trazer muito leite... E põe o corpo bem bonito, recupera... Sim, eu trouxe esses hábitos todos para

ela... já eu venho com o hábito de lá para a mãe... mas o bebé não...” (Caso 12, na sua primeira experiência de maternidade, com cerca de dois meses após o parto e recebendo apoio da sua mãe);

“Nem tudo eu aplico cá, mas dentro da minha casa muitas coisas não mudaram, a gente tem sempre aquela cultura angolana, somos angolanos, comemos sempre os alimentos angolanos, mesmo para ter mais leite, a gente come mandioca, e milho, para ter mais produção de leite (...) E durante a gravidez, conforme o que o médico diz, a gente vai seguir, mas também comemos o nosso comer que nos dá mais força, estamos mais alimentadas e mais sustentadas com essa alimentação.” (Caso 8).

Ou apenas porque, o dia-a-dia no país de acolhimento também conduz ao afastamento de hábitos que ainda são considerados como vantajosos após o parto, como revelou esta mulher migrante com algum sentido de humor:

“Lá sim [referindo-se a cuidados específicos após o parto], há banhos de água morna, e tem umas ervas e as mulheres sentam-se naquela água... fica-se naquela água morna... são para recuperar bem o corpo da mulher (...) Lá tem essas coisas e aqui não temos... e se calhar eu não teria tantas dores como tenho nas costas, e essas ervas ajudam também (...) Aqui não. Eu tomo banho normal de água quente e toca a andar... [Risos]” (Caso 8).

Ou porque, falta a ajuda das mulheres experientes nessas práticas, dando a ideia que não resultam do mesmo modo:

“Sim, nós usamos, mas cá não vai ser a mesma coisa... posso fazer, mas não é a mesma coisa... lá as pessoas mais velhas é que fazem aqueles banhos... Sim, elas é que fazem tudo, nos primeiros dias, o banho é a mãe e a minha sogra...” (Caso 18).

De certo modo, a desvalorização da diferença de práticas de cuidados durante a gravidez e maternidade também foi manifestada, mas por meio de uma justificação de âmbito geral ou reportando-se apenas ao ser natural a necessidade de cuidados específicos nestas fases do ciclo de vida da mulher, dizendo-se:

“Como é que hei-de explicar... tem que se ter cuidado quando uma pessoa fica grávida tem que cuidar da alimentação e de outras coisas... é como também lá na Guiné. É a mesma coisa.” (Caso 20).

Contudo, noutras ocasiões a diferença foi surgindo, apesar de ter sido revelada com uma certa falta de à vontade, como se fosse mais confortável evitar falar sobre o assunto, tal como se percebe aqui, quando se relatava uma experiência vivida no seu país:

“Sim, dois nasceram no hospital, e a última nasceu em casa porque foi muito rápido (...) Quando à uma hora da manhã a minha mãe disse: olha, vai tomar banho, para irmos para o hospital..., eu fui à casa de banho, tomei banho e não consegui sair da casa de banho, então tiveram de me carregar para eu ir para o quarto porque o bebé estava mesmo pronto a sair. Quando cheguei ao quarto, o bebé saiu, já não deu para vestir para ir para o hospital (...) Quem ajudou no parto foi uma vizinha... que sempre tomou o parto em casa, e foi ela quem me ajudou (...) Não [Referindo-se ao não terem ido para o hospital após o parto]...depois nasceu o bebé, ela verificou a barriga para ver como estava, fez um chá que eu tomei, pôs-me na cama e pronto, ficou assim. Sabe como é em África, é diferente... A minha mãe tinha dez filhos e nenhum nasceu no hospital, tudo em casa...” (Caso 9).

3.2.4 Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa

Frente a este posicionamento da forte influência cultural nas práticas de cuidados aprendidas e praticadas ou apenas socializadas pela mulher migrante no seu país de origem, emergiu a subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa*. Apesar de ser uma subcategoria representativa de uma autorreflexão das participantes sobre a assistência de saúde recebida durante a gravidez, parto e pós-parto, traduz uma visão generalizada ou inespecífica sobre os profissionais de saúde a que se reportam. Isto porque, com alguma frequência, não foi feita distinção entre os cuidados de enfermagem e os cuidados médicos e, por vezes, referiam-se ao atendimento recebido na Unidade de Saúde, como que querendo representar uma ideia global da assistência recebida. Noutros momentos, procuravam evidenciar aspetos mais específicos dos cuidados médicos ou manifestavam a sua opinião sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Por outro lado, *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa* evidencia um “voltar atrás”, recordando-se as experiências vividas e fazendo-se comparações entre elas, de modo a conseguirem posteriormente e, com maior objetividade, dar uma opinião mais concreta sobre o significado atribuído aos cuidados de enfermagem prestados em contexto de saúde português. Neste sentido, com a caracterização e descrição desta subcategoria pretendeu-se tornar, cada vez mais claro, o

entendimento do que realmente diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados, identificando e separando aspectos descritos que não lhes dizem respeito e procurando encontrar, nos aspectos comuns aos diferentes profissionais de saúde, os que caracterizam e que dão solidez à assistência de enfermagem revelada (Figura 7.4).

Códigos: "Relatando medos, inseguranças e dilemas"	Código focal: "Percepcionando comportamentos de saúde para a maternidade"	Subcategoria: <i>Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa</i>
Códigos: "Valorizando o apoio financeiro do estado português" "Valorizando a sensibilidade demonstrada pela sua situação" "Apreciando a clareza do SNS português" "Revelando uma assistência de saúde com menos recursos tecnológicos"	Código focal: "Confrontando a assistência de saúde recebida"	
Códigos: "Recebendo apoio de outro migrante" "Recebendo orientação eficaz no centro de saúde" "Descontentamento face à integração do migrante no SNS"	Código focal: "Caracterizando o acesso aos cuidados de saúde"	
	Código focal: "Adequando comportamentos de saúde"	
Códigos: "Sentindo-se bem tratada" "Sendo informada sobre a continuidade dos cuidados"	Código focal: "Sentindo-se satisfeita com a assistência de saúde recebida"	

Figura 7.4. Subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa* e códigos agregados

Tendo em consideração o modo como se processou a seleção das participantes no estudo, todas elas se encontravam a usufruir de CSP no âmbito da gravidez ou, já se encontravam no período pós-parto e, a sua maioria, encontrava-se com uma vigilância de saúde adequada, tal como se pode verificar nos dados sociodemográficos e de saúde analisados.

As razões que provocaram atraso no início da vigilância pré-natal foram reveladas pelas próprias mulheres, entre elas destacam-se o tempo usado na decisão entre manter

ou não a gravidez⁵¹, e o tempo empregue nos procedimentos burocráticos associados à situação de imigrante, conforme se aborda, de seguida, no código focal "Caraterizando o acesso aos cuidados de saúde".

Assim, pelos diferentes atributos que foram sendo conferidos à assistência de saúde e que caraterizam a subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa*, receber assistência de saúde e efetuar uma vigilância de saúde adequada durante a gravidez, parto e maternidade no novo país, não invalida a existência de diferentes comportamentos de saúde, nem de diferentes expectativas face à assistência dos profissionais de saúde e, particularmente, as expectativas face aos cuidados de enfermagem.

Por exemplo, relativamente ao compromisso dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros para com a saúde dos seus clientes, é-lhes conferida a responsabilidade e, ao mesmo tempo, depositada a confiança e expectativa na competência das suas intervenções, tal como descrito:

“Eles devem estar atentos aos cuidados... aos utentes... porque às vezes uma coisinha de nada, alguém pode morrer, porque para fazer esta coisa eles juram para ser médicos ou para ser enfermeiros...” (Caso 20).

Com efeito, esta codificação, se por um lado, permitiu distinguir o que estas migrantes valorizavam, o que sentiam falta e os medos e incertezas face ao desconhecido, por outro lado, ajudou a clarificar as expectativas e o significado atribuído aos cuidados de saúde portugueses.

Nos dias de hoje, a gravidez é reconhecida como um estado natural, um processo fisiológico que acontece no ciclo de vida da mulher e família, onde, simultaneamente, se cruzam fatores individuais, grupais e transgeracionais, quer ao nível somático, psicológico como sociocultural. Do ponto de vista de ganhos em saúde, sabe-se que a qualidade da prestação de cuidados materno-infantis, o planeamento da gravidez e a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, parto e pós-parto, diminuem drasticamente a morbilidade e a mortalidade maternas, fetais e infantis (DGS, 2015a).

Nesta lógica, com a evolução dos conhecimentos científicos, da tecnologia e com as transformações socioculturais das sociedades (onde se destacam a heterogeneidade étnica, cultural da nacionalidade dos seus indivíduos), em termos de comportamentos de

⁵¹ Como descrito na subcategoria *Planeando a gravidez*, integrada na categoria VIVENDO COMO MIGRANTE.

saúde, a gravidez determina a necessidade de conhecimentos e aprendizagens específicas.

"Percecionando comportamentos de saúde para a maternidade" (código focal), tornou compreensivo o fato das participantes que saíram do seu país, ainda jovens e sem experiência da maternidade, demonstrassem estar socializadas para a necessidade de uma vigilância pré-natal, mas desconhecendo sobre como essa assistência de saúde se processava no seu país:

"Olhe, para ser sincera, eu dessa parte não sabia tanto, porque eu vim para cá sem experiência nenhuma e tinha vinte e poucos anos, e não tinha noção dessas coisas, e só quando a gente tem mesmo é que se começa a preocupar..." (Caso 5).

Por sua vez, nos relatos das participantes que viveram a experiência da maternidade no seu país de origem, a dimensão afetiva associada aos comportamentos de saúde foi evidenciada nos incidentes que caracterizavam a experiência atual da gravidez/maternidade, gerando-se o código "Relatando medos, inseguranças e dilemas". Assim, em diferentes testemunhos, o medo surgiu como um reflexo de insegurança face ao desconhecido, por exemplo, quando a mulher migrante fica grávida e procura os cuidados de saúde para iniciar a vigilância da sua gravidez e não sabe como agir:

"...eu tive medo quando fiz os testes de gravidez, deu positivo, tive muito medo porque não sabia como ia ser, era a primeira vez e não sabia qual era o centro de saúde, se era na Azambuja, ou Santarém, ou Vila Franca" (Caso 1).

O medo face ao novo ambiente onde se irá dar um dos acontecimentos de maiores exigências para a mulher, tanto ao nível físico como emocional e psicológico – o trabalho de parto e parto, onde a informação antecipada ajuda a mulher migrante a diminuir fatores de ansiedade, tal como se manifestaram em relação à visita ao bloco de partos:

"Sim, ajudou. Ajudou porque também já estou noutra país, para saber mais coisas... visitas... (visita ao bloco de partos do hospital de referência) e essas coisas... gostei... porque assim a pessoa já não fica assim com esse medo... já se fica mais preparada para umas coisas." (Caso 18).

Os dilemas foram identificados como causadores de receio e de insegurança perante o modo como a assistência de saúde se poderia processar no país de acolhimento, como se interpretou no constrangimento sentido por esta participante por ter tido um comportamento de vigilância da gravidez inadequado, segundo os seus pontos de referência:

“Logo quando eu soube... eu estava atrasada, na verdade, para fazer os exames...” (Caso 4).

Nos dados interpretados e que se tornaram caracterizadores deste código reconhece-se, entre os quatro tipos de conteúdos de linguagem verbal definidos por Lazure (1994, p. 108), o conteúdo afetivo, ao estar relacionado com as emoções que acompanham os acontecimentos, os comportamentos ou a ausência de comportamento, que afetam o cliente. Assim, no que diz respeito aos comportamentos de saúde no âmbito da maternidade, a componente afetiva caracterizadora das percepções desses comportamentos tem implícita as vivências do passado. No caso das participantes do estudo com experiência da maternidade, esta percepção foi demonstrada na procura de cuidados de saúde durante a gravidez no país de acolhimento.

"Confrontando a assistência de saúde recebida" (código focal) permitiu compreender que a percepção de uma melhor assistência de saúde em Portugal foi a ideia que mais vinculou entre as participantes sem experiência da maternidade no seu país de origem. Uma opinião que parece ter sido construída com base no comentário de outras mulheres que passaram pela experiência e que, por vezes, foi referida sem pormenores ficando-se na dúvida sobre se as condições descritas correspondiam às condições físicas das instituições de saúde ou se se focalizam na qualidade da assistência de saúde, como se expõe:

“...e por acaso eu acho que não é assim tão diferente, porque engravidar em Cabo Verde já é outra coisa, acho eu. Aqui eu acho que tem melhores condições, lá em Cabo Verde não.” (Caso 19);

“Eu acho que aqui tem mais condições. Acho que as condições dos hospitais, se calhar... comparado com lá...” (Caso 16);

“...e em relação ao tratamento eu não sei dizer muito porque eu nunca estive grávida lá, mas ouço reclamações, mas não tenho como dizer por experiência própria.” (Caso 5);

“Mas acredito que cá temos mais acompanhamento, temos acompanhamento mais de perto, somos mais bem atendidas, digamos... os exames, a alimentação e essas coisas...” (Caso 3).

Perante opiniões mais explícitas, constatou-se que a qualidade da assistência de saúde dependia do tipo de sistema de saúde utilizado, sendo que o sistema privado parecia garantir melhor cuidados de saúde no país de origem. No discurso da participante do Caso

1, o desejo de se ter uma assistência de saúde de qualidade no seu país durante o TP e parto foi manifestado com alguma satisfação pessoal, pelo facto de ter conseguido condições financeiras para suportar as despesas associadas. Colocado de outro modo, estaria a grávida migrante a demonstrar apenas a importância que dá a cuidados de saúde seguros e qualificados ou esta expressão tem subjacente uma necessidade pessoal de usufruir de melhores condições de saúde, igual ao de outras mulheres com um suporte económico superior ao seu?

Tendo em atenção, que se encontrava grávida, isto é, ainda por viver o momento do TP e, sabendo que o comportamento atual de uma cliente, como no caso da vigilância pré-natal de enfermagem, tem implícitas as suas vivências do passado, considerou-se a presença de uma componente que poderá influenciar o significado das interações e das relações estabelecidas com a enfermeira durante a gravidez ao pós-parto, conforme se analisa na categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA.

Ainda assim, a componente cultural surgiu como que um “adorno” complementar, mas ao mesmo tempo, com a função de regulador de novas atividades sociais, nomeadamente na adesão a novos comportamentos de saúde e na partilha de sentimentos e pensamentos com a enfermeira ou outro profissional de saúde, conforme se depreende no seu discurso:

“Quando nasceu o bebé eu tive um médico muito bom, mas é sempre preciso pagar, no particular é sempre a pagar [lá é quase sempre a pagar]. Eu também paguei ao médico porque não queria ficar diferente de outros, paga-se para ficar bem, depois quando a pessoa é assim normal custa, é difícil. As enfermeiras quando foi para nascer, a minha foi boa mas há outras que dizem: então porque é que gritas... quando foste para a cama com o marido não gritaste...? [Fez uma expressão de desapontamento face ao comentário que foi feito a uma amiga] ...Onde nasceu a Carolina, foi num hospital novo, que fica a 60 quilómetros de distância da minha casa, porque na minha freguesia onde era para nascer o bebé há um hospital mais velho, ela [falava da amiga] teve uma infeção e tinha muitas dores na barriga, ela estava sempre a chorar, e não conseguia dormir à noite, depois levou uma vacina, como a Carolina nasceu mais longe... é diferente, a alimentação... [parou de falar, como se não tivesse mais nada a dizer] ” (Caso 1).

Esta diferença na qualidade da assistência de saúde não surgiu tão notória no sistema de saúde público português, justificando a perceção positiva desta participante após a sua experiência pelo SNS português:

“Eu por acaso cheguei a estagiar numa maternidade, eu não fazia acompanhamento mas eu tinha como vivenciar mais o que acontecia lá. E em relação à assistência, eu acho que aqui é um bocadinho melhor, não que lá não se tenha, mas a assistência que temos aqui, lá é só em hospitais particulares, pagando. Então, essa diferença eu percebi aqui, tanto eu como os meus pais. Lógico que há coisas que são parecidas, há coisas que são no mesmo género, mas em relação a acompanhamento eu acho melhor (...) Eu não sei se em hospitais públicos do Brasil se isso há... Eu sei que no particular eles têm, mas a assistência que nós temos aqui em que praticamente não pagamos nada, apenas os impostos que temos aqui, mas o facto de se estar vindo todas as semanas e não ter que pagar uma taxa, isso ajuda muito.” (Caso 7).

Quando notória, dá-se a perceber que ao se usufruir dos dois sistemas de saúde existentes no país de acolhimento, mais facilmente se consegue garantir uma boa assistência de saúde e a satisfação pessoal relativamente ao que se pretende de uma assistência de saúde para o TP e parto na gravidez atual, como se pode depreender do relato desta migrante brasileira, que apesar de ainda se encontrar com 14 semanas de gestação, a sua experiência anterior de um TP muito sofrido, levou-a a programar esse momento, logo no início da gravidez, optando por ter, em simultâneo com o sistema público, uma assistência de saúde privada para que o obstetra que a segue durante a gravidez possa estar presente no hospital de referência para o parto, conferindo-lhe mais apoio e segurança:

“ como eu já tenho esse seguro eu estou a usufruir desse seguro e então para precaver, mas se tiver que acontecer, deus é que sabe, ... então para precaver essas coisas eu prefiro procurar outro médico e continuar com ele, e também porque ele faz parte do Amadora/Sintra e eu estou tendo acompanhamento com ele para ele fazer o meu parto... o doutor aqui é muito bom, mas no dia ele não vai poder estar... a gente sente uma segurança tão forte com o nosso médico e depois na altura principal ele não está lá... e então eu pensei em conseguir estar dos dois lados para precaver essas coisas...” (Caso 5).

Semelhanças no tipo de cuidados experienciados ou que as participantes tivessem conhecimento de existirem, também foram sendo revelados, encontrando-se as principais diferenças na falta de recursos tecnológicos e na frequência de consultas de vigilância pré-natal:

“Sim, é parecido, quando foi os problemas com os rins ia de duas em duas

semanas, e é a mesma coisa aqui. Quando está tudo bem vou uma vez até aos seis meses. Depois a partir dos sete ou oito meses vou de duas em duas semanas também... é parecido.” (Caso1);

“Não, não há muita diferença porque todos os cuidados que eu tomei lá, eu tenho aqui. A única diferença é que neste momento só há este problema de plaquetas baixas que descobriram aqui e não descobriram lá (...) Lá eu também tive mas nunca apareceu nos exames que eu fazia, foi só aqui que descobriram.” (Caso 21);

“Eu não sei, porque eu nunca passei isso lá, mas eu acho que era igual, porque a minha prima, ela fez três cesarianas, e do que eu vi, ela não passou nada mal. Ela vivia perto do quintal da minha mãe, ela vivia em redor dos familiares, ela fez as três cesarianas e nunca houve nada de mal.” (Caso 9);

“...eu tenho as minhas irmãs e estão lá e estavam grávidas, lá não iam tanto ao hospital...” (Caso 6);

“Lá também se faz o rastreio de grávida [referindo-se à vigilância pré-natal] e tudo...,mas aqui nós temos mais acompanhamento do médico e das enfermeiras que estão ali sempre, qualquer coisa a gente pode vir aqui à Unidade de saúde...” (Caso 8);

“Acho aqui melhor. O apoio que tive cá. As consultas que foi tantas, todo o mês ou todas as semanas. Em Cabo-Verde não tem. Cabo-Verde era só Centro de Saúde e quando chegava dia de parto e vai para o hospital. Aqui Centro de Saúde e Centro de Saúde e siga para hospital (...) Mês a mês ou 2 em 2 meses ou 3 em 3 meses [referindo-se à frequência das consultas de vigilância na gravidez no seu país] (...) Não é como aqui. Aqui é melhor. Para mim, para outra pessoa... Eu achei importante.” (Caso 11).

Contudo, perante uma perceção negativa da assistência recebida no sistema de saúde público português, o testemunho dado frequentemente foi feito na defensiva, como algo que observaram ou que souberam que aconteceu a outras migrantes, mas tendo como intenção destacar o significado atribuído à componente relacional afeta aos cuidados de saúde, como se exemplifica com este relato:

“...eu já assisti, são duas colegas minhas que tiveram bebé, uma tem um ano e a outra tem seis meses, são duas meninas também, só que muitas vezes eu já vi elas saírem de dentro do consultório em choro por ter sido aquela indiferença... Bem, e isso não é para todos... eu também tenho que falar que conheço outras que passaram por experiências boas...” (Caso 13).

Ou que, pelo medo ou insegurança que provoca, quer relativamente aos

procedimentos técnicos durante a vigilância da gravidez ou durante o TP e parto, quer instigados pelos relatos das experiências de outras mulheres:

“eu tinha muito medo de engravidar aqui, para ser sincera... a minha irmã porque ela também teve bebé e também está na área da saúde no Brasil... Ela está sempre a perguntar ‘como é que estão a ser as consultas?... o que é que você faz nas consultas?’ e tudo aquilo que eu falo é totalmente diferente daquilo que ela teve, e eu fico assim a pensar... que é diferente, mas cada lugar é cada lugar... eu não tenho nada que me queixar do meu médico, mas no início estava a fazer-me confusão porque, isso pode ser besteira, mas como é diferente... por exemplo o médico nunca viu a minha barriga, nunca mediu e essas coisas... e ela diz ‘então não fazem isso aí?’

(...)Eu só tenho medo é de me deixarem sofrer muito...[no caso do parto ser via vaginal] Porque isso aconteceu com a minha colega... também é baixinha e tem assim uma estrutura, e ela sofreu muito... e isso me deu muito medo do parto... Isso depende muito da equipa desse dia... Eu só peço que eu tenha uma equipa muito boa... senão nem abro a boca...” (Caso 13).

Tendo em linha de conta as participantes que viveram as primeiras experiências da maternidade, também na situação de migrante, mas num país europeu, quando se reportaram ao tipo de cuidados de saúde recebidos, mostraram satisfação pelo atendimento recebido nos momentos mais difíceis e revelaram, ainda, aspetos que consideraram mais vantajosos, nomeadamente a frequência da vigilância pré-natal, por permitir uma maior proximidade com a enfermeira que lhes garantia apoio, orientação e informação complementar:

“Eu, na verdade, quando tive a primeira gravidez em Espanha, foi muito bom, no hospital onde tive o meu filho fui muito bem atendida, tive um parto difícil, com fórceps (...) na verdade eu tive muita atenção em Espanha, porque foi difícil.” (Caso 4);

“Sim, mas eu acho que é porque eu tive-o em Londres e lá ajudam muito mais... tem muita ajuda mesmo. Aqui, eu acho que as consultas são um bocadinho... por exemplo, agora a minha próxima consulta é só no fim de Abril, lá tens sempre a enfermeira que está sempre em cima de ti (...) Eu pelo menos tinha uma enfermeira muito boa, ela dava-me muitos papéis para eu ler e qualquer coisa que eu precisasse ela estava sempre lá (...) Eu acho que não, acho que devia ter mais consultas porque ainda há duas semanas eu precisava de ir ao dentista e afinal eu preciso de um papel do médico, e tive que esperar até hoje, e hoje é que vou pedir. Já passou duas semanas e podia ter sido

logo na outra semana...” (Caso 22).

Porém, neste último depoimento consegue-se perceber a falta de conhecimento sobre como usufruir determinados cuidados de saúde durante a gravidez, independentemente do agendamento das consultas de vigilância pré-natal, tendo sido confirmado pela resposta incrédula da participante, quando questionada sobre se poderia ter ido à Unidade de Saúde antes da consulta agendada:

“Eu acho que não...” (Caso 22).

Entre os diferentes significados à assistência de saúde pré-natal ao pós-pós-parto portuguesa, surgiu os custos dos cuidados de saúde como um argumento balizador da percepção mais ou menos positiva da qualidade de assistência de um sistema de saúde, especialmente porque se tratavam de migrantes oriundas de sociedades em que grande parte da população vive com baixos recursos económicos. Assim, pelo código “Valorizando o apoio financeiro do estado português” pode-se perceber a influência dos recursos económicos com que se vivia no seu país detinham nos comportamentos de saúde adotados para o período da gravidez, bem como a sua influência na gratificação sentida por se poder conseguir uma assistência de saúde mais ajustada às necessidades de vigilância do bem-estar materno-fetal, dizendo as participantes oriundas de diferentes países:

“...mas é assim, durante toda a gravidez, por exemplo aqui, a hemoglobina baixa, mandam comer frutas, na Ucrânia também tive hemoglobina baixa, e então penso, hoje vou comprar fruta para subir hemoglobina, mas depois não há para outras coisas, porque custa muito a comprar (...) É diferente porque nem todos podem comprar coisas boas (...) Por exemplo, nos medicamentos, mandaram, fui comprar, depois posso mandar para a ... Aqui tenho baixa, a segurança social vai pagar qualquer coisa. Lá baixa só conta quando tu trabalhas, quando não trabalhas ninguém te vai pagar... Já estive a trabalhar seis meses, já dá, lá se não trabalha a segurança social não paga nada. Aqui mesmo que não trabalhes com seis meses já tens direito, já é um bocadinho diferente (...) Por exemplo, análises, médico, ecografias, requisição, eu vou fazer e não pago nada. Lá análises de sangue custa isto, x dinheiro a este, ecografia mais x dinheiro, isso é para pagar.” (Caso 1);

“Em termos de ajuda da família, lá em África é assim, se fomos à feira, mas se não conseguimos de acabar de comprar as coisas e não temos, a família dá. Mas aqui, uma mulher grávida, o estado acode e dá atenção, e isso é melhor que lá. Lá não tem o

abono de gravidez, não temos subsídio de gravidez, quando uma mulher pare e se recebe um x, lá não há, não tem esse sistema de gravidez (...) A família sempre está, mas do hospital e da segurança social não.” (Caso 21);

“Não fazem muito igual, aqui fazem mais (...) Lá em São Tomé, uma mulher grávida, para fazer ecografia para ver o sexo, se não tiver dinheiro para pagar, eles não fazem como fazemos aqui. Depois o tipo de exames, elas fazem poucos exames... análises fazem pouco, mas aqui se a pessoa tem problemas de quinze em quinze dias tem que ir ver o bebé, para ver como está, e isso é diferente. Lá é pouco.” (Caso 9);

“Sim, tem que se pagar. Aqui não, quando se tem direito... lá também se tem direito, mas tem de se pagar.” (Caso 20);

“Depende das condições da pessoa. Há pessoas que vão para o privado, para as clínicas, são pessoas que têm condições, e há pessoas que tem que ser mesmo no estado... Sim... tudo no privado é melhor. [reportando-se ao seu país]” (Caso 18).

Ao se focar um pouco nas expressões que a participante do Caso 1 utilizou como forma de evitar a hemoglobina baixa durante a gestação, “mandam comer fruta” e “hoje vou comprar a fruta... mas depois não há (dinheiro) para outras coisas”, compreendesse que todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver, vindo essa ajuda de nós próprios “cuidar-se” ou ter a capacidade de assegurar o que é necessário à vida. Ou da ajuda dada por outros, como de alguém com formação profissional para “cuidar” – o enfermeiro. No entanto, quando a participante considera a influência do custo da fruta para a compra de outros bens essenciais para a vida, evidencia-se aqui, a necessidade de o enfermeiro procurar com a cliente o que pode ser assegurado pela própria, os meios a utilizar de suporte ou, mesmo, completar o que não pode ser feito pela cliente, para dar resposta à necessidade de saúde identificada.

“Valorizando a sensibilidade demonstrada pela sua situação” (código) sugere uma vigilância pré-natal ajustada à mulher migrante, quando se dá a entender que, tanto a enfermeira como o médico, estão atentos ou sensibilizados para os fatores de ordem económica existentes:

“...perguntam se posso comprar vitaminas e outros medicamentos, sempre com cuidado, sempre com atenção...” (Caso 1).

Um relato que vai ao encontro do demonstrado pela literatura, como um comportamento adequado dos profissionais de saúde, no que se refere à influência do fator económico na qualidade da saúde dos imigrantes, nomeadamente, quando se

conjuga com a situação de gravidez (Fonseca et al., 2009; WHO, 2010).

“Valorizando a sensibilidade demonstrada pela sua situação” sugere também um contributo para a qualidade da comunicação entre enfermeira-mulher migrante, consonante com os resultados do estudo de Jonkers et al. (2011) citado em Keygnaert et al. (2016), ao concluir-se que a comunicação dos profissionais de saúde ao nível da saúde materna seria melhorada com uma maior sensibilidade aos fatores sociais que afetam os problemas de saúde das mulheres imigrantes.

Comparando, ainda, este incidente com o anteriormente referido pela grávida do Caso 3⁵², também esta demonstrou capacidade de assegurar as suas necessidades durante a gravidez, gerindo os conselhos da sua mãe, em termos de uma alimentação ajustada à gravidez e os recursos económicos com que se confrontava durante a imigração.

Em ambas as situações referidas, estratégias de *coping* foram sendo usadas perante os custos com a saúde durante a gravidez, refletindo-se, deste modo, as ações cognitivas, comportamentos ou pensamentos utilizados por cada pessoa para lidar com um determinado stressor (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998). Estando vinculadas a fatores situacionais, estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação stressante. De acordo com Meleis e Trangenstein (2010), as transições, nomeadamente as de desenvolvimento ou situacionais, podem ser vivenciadas de forma positiva ou negativa, estando dependente do desenvolvimento e capacidades da pessoa, das condições de vida e experiências vivenciadas e, também, do significado que é atribuído aos eventos nos diversos momentos da vida. Contudo, todos os processos de transição requerem processos de adaptação e de *coping*. Reforça Abreu (2008, p. 39), que ao longo de um processo de transição “a capacidade de a pessoa de auto-determinar, gerir as suas necessidades e construir respostas adaptativas pode estar alterada”, dificultando o desenvolvimento de processo de transição saudável, que se irá refletir na saúde e bem-estar da pessoa (Meleis & Trangenstein, 2010).

Neste sentido, os processos de *coping* foram sendo evidenciados pelas participantes consoante iam expondo as suas opiniões e situações sobre os temas abordados, como por exemplo, a participante do Caso 4, tornou claro um *coping* focalizado nas relações interpessoais, face a ajuda que tenta conseguir adquirir após o nascimento do bebé. Uma procura de resolução relacionada com a proximidade do parto

⁵² Código “Agindo em prol do seu bem-estar e do bebé”, agregado à subcategoria *Gerindo o quotidiano*, da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE.

(encontrando-se no momento da entrevista com 32 semanas de gestação), mas que também tem subjacente a sua anterior experiência da maternidade, permitindo-lhe prever e tentar planear, com maior objetividade, as suas necessidades de ajuda relacionadas com a maternidade. Resultados da *scoping review* focada na saúde materna migrante residente no Canadá realizada por Khanlou, Haque, Skinner, Mantini e Kurtz Landy (2017), revelaram que as mulheres imigrantes geralmente respondiam com estratégias de *coping* resiliente ao impacto do stress pós-natal, identificando a rede de apoio, serviços de saúde acessíveis e intervenções culturalmente sensíveis como experiências positivas para a redução dos maus ou baixos resultados em saúde materna.

Todos estes aspetos despertam a atenção para possíveis dificuldades que as gestantes migrantes possam experienciar, caso surjam complicações no decurso da sua saúde e que impliquem custos superiores às suas possibilidades económicas, e do que é revelado como caraterizador da sensibilidade das enfermeiras face a esta problemática e o modo como intervêm perante as mesmas.

Associada à valorização de uma assistência de saúde com poucos encargos afetos à gestante/mãe e sua família emergiu o código “Apreciando a clareza do SNS português”, dando-se a perceber que o conhecimento prévio sobre os gastos necessários com a assistência pré-natal e saúde infantil facilitam a gestão dos recursos económicos na família, tornando-se este mais um argumento da satisfação sentida pela assistência de saúde recebida no país de acolhimento, tal como referido:

“Por exemplo, aqui fui ao hospital. Não tens número de utente vais pagar “x” dinheiro para fazer uma coisa. Eles dão uma fatura com o teu número de contribuinte, e pagas doze euros, na Ucrânia não, pago oito, doze, vinte... Na gravidez e com crianças...com adultos eu não sei como se trata, mas com grávidas e com bebés é perfeito. Eu gosto do sistema.” (Caso 1).

“Revelando uma assistência de saúde com menos recursos tecnológicos” (código) orientado para os recursos tecnológicos existentes no país de acolhimento, foi entendido como outra qualidade da assistência saúde portuguesa e em detrimento da existente no seu país, tal como referiram estas participantes, oriundas de dois países PALOP:

“E se estiver alguma coisa mal, há coisas que elas descobrem, e lá não, porque aqui tem aparelhos e lá não.” (Caso 9)

“Sim, há diferenças porque aqui tem mais condições, lá na Guiné também tem consultas, mas aqui é melhor. Aqui tem máquinas que dá para ver tudo e na Guiné... eles

têm aquelas coisas que é só para desenrascar... elas não têm condições como aqui.”

(Caso 20)

Nesta dinâmica de relação e proximidade da codificação surgiu o código focal "Caraterizando o acesso aos cuidados de saúde", que particulariza comportamentos adotados pelas participantes para conseguirem assistência de saúde durante a gravidez, especificando os significados atribuídos às situações que influenciaram o acesso e aos serviços de saúde e o usufruto dos cuidados pré-natais.

A interpretação realizada, enquadra-se na perspetiva dos modelos explicativos do processo de utilização dos serviços de saúde que consideram a utilização como o resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados de saúde e os prestadores de serviços/cuidados que o orientam/cuidam dentro do sistema de saúde. Nesta lógica, o indivíduo é quem normalmente dinamiza o primeiro contacto e os prestadores de serviços diligenciam os contactos seguintes (Travassos & M. Martins, 2004).

O termo acesso utilizado na codificação, identifica-se com a caraterização e distinção que alguns autores efetuam entre o conceito de acesso e o de acessibilidade, conforme revisão realizada por Travassos e M. Martins (2004), citando diversos autores:

- O conceito de acessibilidade, em termos gerais, expõe caraterísticas da oferta de serviços, consideradas a “capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população (...) as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos” (p. S191);
- O conceito de acesso, na sua distinção, refere-se à forma como as pessoas percebem a acessibilidade (Starfield, 2003). Esta percepção pode determinar a decisão de procura desses serviços e ser influenciada por experiências anteriores com os serviços de saúde (Carr-Hill et al, 1994). Outros autores, referidos por Goddard e Smith (2001), destacam os níveis de informação que diferentes grupos populacionais possam ter sobre a existência de serviços de saúde para as suas necessidades e/ou de como usufruírem deles e para Andersen (1995), acesso é um dos elementos dos sistemas de saúde ligado à organização dos serviços e relacionado tanto com a entrada no serviço de saúde como com a continuidade do tratamento ou dos cuidados implementados (p. S193).

Nos depoimentos das mulheres migrantes do estudo pôde-se perceber o imigrante como um informante facilitador no acesso aos cuidados de saúde, tornando-se uma mais

valia na celeridade do usufruto de cuidados pré-natais. “Recebendo apoio de outro migrante” (código), sobretudo para a compreensão da informação e orientação dada nos serviços de saúde, quando existe a barreira da língua, e para tornar mais fácil todo o encaminhamento burocrático necessário para se usufruir da vigilância da gravidez nos serviços de saúde públicos, conforme se ilustra nos seguintes relatos:

“Eu antes de estar grávida já tinha documentos porque o meu pai já está cá há muitos anos, e isso facilitou... Também acho que é mais difícil para as pessoas que não têm documentos...” (Caso 18);

“Foi mais fácil, porque aqui como é preciso o número de contribuinte, segurança social e número de utente de centro de saúde... O meu pai [também imigrante] foi arranjar para nós no centro de saúde... ele já sabia o que era isso” (Caso 1);

“... a minha amiga, foi ela que me trouxe aqui, e disse-me o que tenho de fazer... porque ela já teve duas filhas cá em Portugal. Ela tem casa cá e tudo, e como ela já sabia algumas coisas, ajudou-me” (Caso 2).

Revela a literatura, que compreender e familiarizar-se com a complexidade dos sistemas de saúde e direitos de saúde maternos nem sempre são fáceis de se conseguir pelas mulheres migrantes (Keygnaert et al., 2016), demonstrando os testemunhos anteriores a importância da rede social informal para ajudar a mulher migrante a ultrapassar dificuldades com que se vai confrontando na nova sociedade que a acolhe.

“Recebendo orientação eficaz no centro de saúde” (código) revelou-se como uma outra forma de acesso aos cuidados de saúde que, ao ser considerada como uma porta de entrada eficiente, que teve como consequência a satisfação da cliente e, simultaneamente, garantindo à mulher migrante realizar o esquema e a periodicidade das consultas pré-natais preconizados para uma vigilância materno-fetal adequada:

“É, foi muito fácil (...) Sim, por acaso, eles ajudam bastante as pessoas grávidas aqui. A mim eles me ajudaram...” (Caso 15)

“Ela disse-me [a amiga migrante]: tens que ir lá ao Centro de Saúde e falar com as secretárias; e foi isso que fiz. Vim cá, tirei uma senha normal, fui lá às secretárias, e elas me dirigiram aqui na enfermagem e foi fácil. Acho que mais fácil do que isto não há...” (Caso 2)

Esta orientação conjugada com a autonomia conseguida com a compreensão progressiva da língua, foi permitindo a esta migrante ucraniana passar a ser ela a tratar dos seus assuntos, conforme ia conseguindo comunicar com as pessoas e entender a

informação e orientação que foi recebendo nos serviços de saúde:

“...fui perguntar no centro de saúde aqui em Aveiras de Cima, na freguesia, e disseram: não há aqui enfermeiro de gravidez, é na Azambuja. Fui à Azambuja, marcaram, depois fui falar com a enfermeira e foi isso. (...) no centro de saúde, eu gosto, eu cheguei foi tudo bem ... Quando é para fazer análises, vou a Azambuja, explicam tudo, não vou procurar sozinha como uma criança.” (Caso 1)

Se os relatos anteriores corroboram, favoravelmente, com a perspectiva de Andersen (1995), citado em (Travassos & M. Martins, 2004), ao considerar o acesso como elemento ligado à organização dos serviços e influenciador tanto da entrada nos serviços de saúde como da continuidade do tratamento ou dos cuidados implementados, outros relatos foram claros na identificação das principais dificuldades no acesso à vigilância pré-natal.

De acordo com o relatório do Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos Médicos do Mundo de setembro de 2009, entre os principais obstáculos expostos pelos clientes migrantes (estrangeiros com ou sem autorização de residência) relativamente ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde encontram-se o desconhecerem os seus direitos e os locais de atendimento, os custos e as dificuldades administrativas, a barreira linguística e culturais e o medo da denúncia ou discriminação (Chauvin, Parizot', & Simonnot, 2009).

Nos dados analisados, pôde-se perceber a presença da maioria destes obstáculos especialmente nos primeiros anos de migração. Alguns deles, quando experienciados na fase inicial da gestação, para além de provocarem a demora no recurso aos cuidados pré-natais, revelaram-se geradores de ansiedade na grávida, tornando-se ambos fatores de risco para o bem-estar materno-fetal. Resultados que vão ao encontro de achados de estudos europeus no âmbito da saúde materna, ao demonstrarem que o conhecimento da língua do país anfitrião afeta diretamente o modo como as mulheres migrantes recebem cuidados maternos (Keygnaert et al., 2016).

Tendo presente que no SNS português os cuidados de saúde são acessíveis nos centros de saúde locais e nos hospitais públicos e que determinados cidadãos podem estar isentos, onde se incluem as mulheres grávidas ou que deram à luz há menos de oito semanas e as crianças com menos de 12 anos, todos os clientes devem obter um cartão nacional de saúde para poderem aceder aos cuidados de saúde. Neste enquadramento, “Descontentamento face à integração do migrante no SNS” (código) deu visibilidade a

diversos obstáculos lidos como marcantes, no que diz respeito ao se poder beneficiar de uma cobertura da saúde no país de acolhimento.

Para a migrante brasileira, com 32 semanas de gestação, sem qualquer dificuldade na compreensão da língua portuguesa, uma das suas principais preocupações era o acesso aos cuidados de saúde após o bebé nascer, caso não conseguisse regularizar a sua situação após o primeiro ano no país. Revelando alguma falta de informação a respeito dos seus direitos aos cuidados de saúde *“Eu nem sei se pagando as taxas eu posso... ou então é uma taxa muito alta?”* manifestou o seu descontentamento, dando exemplos relacionados com as dificuldades nos procedimentos administrativos e na compreensão da informação para adquirir autorização de residência:

“Eu tive dificuldade aqui para fazer o papel, só que esse papel só vale por um ano, então depois da minha gravidez eu não tenho assistência é isso que me preocupa porque enquanto eu estou grávida e enquanto eu vou ter a criança tudo bem, mas se eu tiver algum problema depois da gravidez eu não tenho assistência, e isso sim preocupa-me. Pode haver alguma dificuldade.”

O Companheiro [português, participando em consonância] – “Também estamos um bocado cansados porque andamos da direita para a esquerda, um dia manda um, depois manda outro, e isso é que foi mal feito em Portugal, um manda para um lado, outro manda para o outro...”

A participante [em continuidade] – “Exatamente... e eles não falam claramente o que é que é preciso fazer na documentação... E sem os papéis também não posso ter os abonos, nem a ajuda da criança familiar, a gente foi ver e eu não posso e eu também não tenho direito à saúde, e o que me preocupa depois da gravidez é que eu não posso ser assistida, se eu tiver algum problema.” (Caso 4)

O excesso de procedimentos burocráticos/administrativos associado à precária informação concedida nos serviços de atendimento, pareceu tornar ainda mais exigente ao migrante a aquisição de conhecimentos/informação para fazer valer os seus direitos à cobertura dos cuidados de saúde, tal como se depreende nestes dois relatos:

“papeis e essas coisas todas sempre há uma dúvida ou outra, acho que até para entender as coisas no vosso país é meio complicado sempre há papel para tudo, e se eu disser que não tive nenhuma dificuldade para entender eu vou estar mentindo... as informações às vezes não batiam muito bem, uns informam uma coisa, outros informam outra, então a gente é que andou buscando mais... houve pessoas que tiveram atribuições

que outras não tiveram, então até se descobrir porquê...então nós mesmo aqui é que buscámos...” (Caso7, brasileira há 5 anos em Portugal)

“Isso tem dificuldades. Não é igual a Cabo-Verde. Cabo-Verde não tem nada disso (...). Às vezes corre bem, outras anda de um lado para o outro... Eu gosto sempre de perguntar” (Caso 11)

A identificação de situações conducentes à demora no recurso aos cuidados pré-natais também foram surgindo no discurso das participantes, no sentido de tornar claro onde se situava o seu descontentamento, quer pela comparação com os cuidados de enfermagem, como esmiuçando um percurso complexo para se conseguir toda a documentação necessária para se usufruir dos cuidados de saúde durante a gravidez, no atual local de residência:

“Não é a enfermeira em questão, acho que é o funcionamento mesmo das coisas, o sistema para os imigrantes que pode ser bem melhorado (...) é o sistema que está mal... não sei se está mal feito, porque eu também não entendo, mas eu acho que não facilita nada, mesmo que você vá, ele não facilita porque não te informam bem. (...)

Não é mesmo o trabalho da enfermeira em si, a enfermeira faz bem o trabalho dela, quando conseguem colocar a gente aqui para ela, o problema é vir até aqui ...” (Caso 4)

“Eu não sabia como é que se fazia, se tinha que vir, se não tinha que vir, e então houve uma altura em que já estava muito tarde, [1ª consulta com 11 semanas + 6 dias].

O Companheiro [complementando em consonância] “Sim, até nos conseguirem arranjar consulta aqui de um médico... a gente veio cá montes de vezes mesmo (...) Não estava inscrita e precisava de alguma documentação (...) Nós já estávamos cá a viver mas a morada dela ainda estava no Cacém (...) No SEF estava tudo bem... tivemos que mudar a morada, na Junta de Freguesia mudar essas coisas... e depois como somos novos nisto nem tínhamos ninguém a quem perguntar (...) depois fomos às Finanças e foi mais outra coisa, andámos assim para trás e para a frente e o tempo ia passando. Depois eu trabalho todo o dia e não a podia apanhar...” (Caso 16, jovem de 21 anos, há 8 anos em Portugal, companheiro português e que optaram por viver juntos após saberem da gravidez)

Diversas situações ou experiências vividas poderiam ser descritas como caraterizadoras do “Descontentamento face à integração do migrante no SNS”. E cientes de que muitas delas poderiam estar associadas a questões mais complexas como são

exemplo a dificuldade na compreensão da língua do país recetor, tornando-se num obstáculo na compreensão do novo sistema de saúde e da terminologia médica habitualmente usada nesse contexto de cuidados de saúde (Santiago & M. H. Figueiredo, 2013), fatores culturais também foram percebidos como barreiras no acesso aos cuidados pré-natais, tanto por mulheres imigrantes quanto por profissionais de saúde (Khanlou et al., 2017) ou a situação de migrante indocumentada como revelou estudo de Coutinho (2014) ao verificar diferenças na realização de vigilância da gravidez associada à situação de legalidade. Desmarcam-se aqui condicionalidades que podem aumentar a vulnerabilidade das migrantes gestantes com implicações para o bem-estar da própria mulher e da criança.

No estudo, o descontentamento faz transparecer uma consciência mais negativa do acesso efetivo oferecido pelo SNS português à grávida migrante, bem como a sua influência na continuidade dos cuidados com impactos na saúde e bem-estar materno-fetal.

Nesta conjuntura de propriedades que caracterizam a subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa* a dualidade entre os comportamentos de saúde/hábitos culturais apreendidos e praticados no seu país e as novas orientações dadas pelos profissionais de saúde fizeram emergir dos dados outros atributos codificados “Adequando comportamentos de saúde” (código focal). Trata-se de um código que procura identificar o que motivou as mulheres a aderir ou não aderir às orientações/conselhos dados pelos profissionais de saúde, quais as principais dificuldades encontradas frente à necessidade de mudança e como foram agindo e reagindo a essas mudanças implementadas.

Ressalvando o facto de que os dados analisados tanto se reportarem a mulheres grávidas ou mães pela primeira vez e a mulheres com experiência da maternidade, no seu país ou apenas em situação de migração, algumas especificidades foram encontradas no modo como foram adequando comportamentos de saúde. Contudo, equacionando todo o conjunto de dados que revestem a categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, foi ficando claro que as referências de origem foram estando presentes de acordo com as necessidades de cada mulher e nas diferentes situações do seu percurso de vida. Neste sentido, evidencia-se aqui, o facto de que um processo de migração implicar diferentes adaptações sociais, económicas, culturais e linguísticas por parte dos migrantes no país de acolhimento e que quando este se complementa com a gravidez e/ou maternidade,

passam a estar implícitas as suas influências no bem-estar físico, emocional e psicológico da mulher.

As mulheres grávidas ou mães pela primeira vez manifestaram necessidade de informação para saber como agir em prol do bem-estar do seu filho, tal como qualquer outra mulher autóctone manifestaria numa gravidez normal, demonstrando ser uma condição motivadora para adesão aos comportamentos de saúde aconselhados/orientados pelos profissionais de saúde. Porém, esta adesão, por vezes, tinha implícita a falta do suporte familiar que ajudaria a colmatar a inexperiência e a insegurança nos assuntos relacionados com a gravidez, parto, cuidados após o parto e cuidados ao bebé, tornando os profissionais de saúde, muitas das vezes, um dos poucos recursos da mulher migrante inexperiente para dar resposta às suas necessidades maternas:

“Sim...(durante a gravidez), e depois eu vim cá, preocupada, falar com o médico. Mas eu gostei muito dessa parte porque ele me deu atenção, mesmo não estando na hora da minha consulta e ele disse o que eu tinha que fazer.” (Caso 16);

“Sim, porque ele podia nascer antes sem eu saber... ia nascer prematuro. Depois desse tempo em casa de repouso, eles disseram que tinha que fazer e não fazer, não podia fazer muito esforço, e isso para mim foi bom, foi importante.” (Caso 18).

Nesta ótica, a relação estabelecida com o profissional de saúde adquire um nível de proximidade que pode ajudar a mulher migrante a ultrapassar a falta de apoio e o sentir-se só, conforme tem sido descrito, como por exemplo em *Gerindo o quotidiano*. Ou, como se percebe no incidente desta mulher oriunda de São Tomé e Príncipe, grávida pela segunda vez, em que o motivo de migração foi pela necessidade de tratamento da doença do seu primeiro filho que não era possível ser realizado no seu país por falta de recursos médicos/tecnológicos, ao pronunciar-se sobre a assistência de saúde que tinha usufruído no país de acolhimento:

“É mesmo importante...[fazendo uma pausa para pensar], se fosse grávida ou se fosse uma vida normal, os médicos aqui têm muito cuidado com os doentes. Desde o início até agora porque eu calhei com muitos médicos e o meu filho também, foi como uma família para mim.” (Caso 21).

Focando as mulheres com experiência da maternidade adquirida no seu país ou naquelas que viveram já em situação de migração, emergiu a necessidade de compreensão quer das diferenças encontradas, quer dos novos comportamentos de saúde a utilizar. Uma adesão vista como vantajosa para a mulher migrante que pretendia usufruir de uma boa

assistência de saúde durante a gravidez, onde o conhecimento sobre como se processa a vigilância de saúde e o cumprimento das orientações dadas pelo profissionais de saúde foram a forma mais fácil de garantir essa qualidade, dizendo a gestante ucraniana a viver a sua segunda gravidez durante a imigração: *“É assim, os primeiros dias, o primeiro mês, o segundo mês, foram muitas coisas para perceber...”* (Caso 1). Por sua vez, este modo de agir associado à compreensão da língua foi-lhe proporcionando uma integração progressiva no sistema de saúde, indo ao encontro das suas necessidades e interesses no âmbito da vigilância pré-natal, como se depreendeu ao referir satisfação pelo acompanhamento da sua gravidez e valorização do reforço da mesma informação dada pela enfermeira e pelo médico:

“...a enfermeira disse: então passo para o médico, ele vai dar papéis para a segurança social e ele vai explicar tudo. Então fui ao médico, ela já sabia das coisas porque a enfermeira já tinha explicado o que era, e ela disse: vou dar-lhe o papel, e os documentos para entregar na segurança social e vai estar tudo bem... é só levar na segurança social e como está de seis meses não vai poder trabalhar. Depois vai de baixa, na segurança social vai sozinha. E o outro papel é só entregar onde trabalhas. (...)

Eu gosto aqui dos médicos e dos enfermeiros, eles dão-me boas condições para a gravidez e eles explicam. Isso para mim é muito importante (...) a enfermeira explica, o médico explica outra vez.” (Caso1).

Refletindo sobre os incidentes anteriormente descritos por esta migrante ucraniana percebeu-se que, comparando com a experiência da sua primeira gravidez, vivida no seu país de origem, o SNS português permitiu-lhe orientar as questões do quotidiano, sem se sentir subjugada a determinados comportamentos para poder usufruir de uma boa assistência de saúde. Interpretando estes incidentes à luz dos fundamentos do interacionismo simbólico, verifica-se que a realidade experienciada no presente difere da vivida no passado, pelo modo como se desenvolveu, dando origem a novas interpretações e ações (Charmaz, 2014).

Ou, ainda, uma adesão mais facilitada, por se considerar as mudanças a implementar benéficas para a saúde, como por exemplo em termos dos hábitos alimentares no seio familiar:

“...lá em casa a gente faz salada todos os dias e também sopa, tento não ingerir muita gordura... e os outros também, eles não abusam muito no açúcar que eu já sei que faz mal, eu no princípio não sabia, eu não sabia que era bom comer a verdura e comer a

sopa, que era muito importante, eu na Guiné não sabia nada disso, quando estava grávida do meu primeiro filho e quando cheguei aqui e depois foi a gravidez da menina eu fui aprendendo as coisas. Eu acho que é importante. Eu vejo mesmo nos meus filhos, eles não são crianças que gostem de comer doces e assim” (Caso 10).

Uma outra particularidade que se evidenciou reveladora de necessidade de mudanças de comportamentos ajustados à nova sociedade, foi a de organização de vida pessoal/conjugal associada à adequação aos comportamentos de saúde para a chegada de um filho, que no seu país de origem não se manifestariam com o mesmo grau de importância na vivência da maternidade, dizendo esta participante:

“Achei que aqui é mais diferente. Em Cabo-Verde é uma coisa, aqui é outra coisa...Aqui tem de organizar primeiro. Lá em Cabo-verde não. Em Cabo-Verde é assim...Engravidado. E depois vai médico (...) Pois tem apoio de família e aqui tem de trabalhar. Se não trabalhar... Já levantou de baixa [refere-se ao terminar da licença de maternidade], tem de pagar a uma pessoa para cuidar de bebé.” (Caso 11).

Outro modo de mostrar a motivação para adesão aos comportamentos de saúde da nova sociedade foi pelo estímulo dado pela família que se encontrava distante, a maioria das vezes dado pela mãe da grávida, para que esta seguisse as orientações/aconselhamento dos profissionais de saúde, sendo entendido como forma de assegurar a saúde e o bem-estar da filha e do seu bebé. Noutras situações, foi evidenciada uma certa aculturação aos comportamentos de saúde da sociedade de acolhimento por parte da família alargada, também esta imigrada no país, conforme se percebeu no relato desta jovem Cabo-verdiana, com 19 anos, a viver a sua primeira gravidez, em Portugal há cerca de 7 anos:

“Ela [mãe] diz sempre da alimentação, beber muita água, não posso faltar às consultas, tenho que fazer sempre o que me pedem, ecografia, análises, essas coisas. (...) a última filha ela teve cá e também já teve netos, e já está habituada às coisas Portuguesas.” (Caso 19).

Porém, “Adequando comportamentos de saúde” também faz transparecer uma adesão parcial, dependendo da informação que a mulher migrante detém sobre os contributos desses comportamentos para a saúde e bem-estar materno e para um crescimento e desenvolvimento fetal adequado:

“Eu sigo a orientação da doutora que me está a acompanhar a gravidez, agora estou na Amadora, sigo a orientação dela e depois também sigo o meu (...) Às vezes ela diz ‘olhe, tem que fazer esta dieta porque está muito gorda ou a criança está muito gorda’

e eu tenho que tentar mais ou menos fazer aquilo que ela pediu... para me ajudar mesmo. (...) nesta gravidez a médica disse-me e a enfermeira 'não podes beber', e eu disse-lhes 'não consigo ficar sem beber..., mas numa refeição, ou no jantar, no pequeno almoço ou no almoço ou eu tenho que beber um copo de vinho...' porque ela diz que faz mal ao cérebro... mas essa parte não cumpri...[sorrindo]
(...) como aqui vai ser o primeiro filho eu não sei, mas sei explicar como é lá. Eu acho que é como aqui. Lá amamentamos até seis meses, depois de seis meses é que podemos dar água ou uma sopinha leve, ou então há cuidados que o médico é que diz, mas lá eles dizem desde o primeiro mês: olha, quando tiver seis meses pode dar uma colherzinha de água com uma colher de comida (...) aqui eu não sei se é igual...porque a nossa comida lá é diferente... tem outros alimentos, e aqui eu não gosto de fazer sopa, mas vou ter de aprender a fazer sopa e não vejo a hora de aprender...[risos]” (Caso 21).

Testemunho que vai ao encontro dos achados do estudo de Machado et al. (2007), na desvalorização do consumo de álcool durante a gestação, por parte de mulheres migrantes oriundas dos países africanos lusófonos.

Em jeito conclusivo da descrição das propriedades que suportam a subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde durante a maternidade*, equaciona-se dos dados uma perceção tendencialmente mais positiva da assistência de saúde, codificada de “Sentindo-se satisfeita com a assistência de saúde recebida” (código focal). Uma satisfação narrada como um balanço da experiência vivida num determinado local ou quando se pretendeu dar a ideia de como decorreu o percurso dessa assistência por mais do que uma instituição de saúde.

Neste sentido, agregou-se a este código focal a codificação de dados que transmitiram uma perceção generalizada da assistência de saúde, incluindo-se a satisfação pelo acolhimento e acompanhamento efetuado pelos profissionais de saúde, ou abarcando a instituição de saúde, “Sentindo-se bem tratada” (código):

“...neste momento eu não tive nenhum médico nem nenhuma enfermeira que me tratou mal, não tenho queixas a dar nem dos médicos nem das enfermeiras” (Caso 21);

“...ao fim de semana ou ao fim do dia se está aborrecida [a enfermeira], está sempre com um sorriso e isso ajuda, depois o médico diz sempre: muito prazer em verte..., pergunta se estou bem, se tenho algumas dúvidas, se tiver algumas dores deve ir logo para Vila Franca...” (Caso 1);

“É, mesmo o acompanhamento, as consultas, como no princípio eu tinha muitas

contrações e não sabia a razão, e depois das consultas e ecografias, vimos que o bebê estava em risco de nascer antes.” (Caso 18);

“se ela [outra mulher imigrante que necessitasse de cuidados de saúde] me perguntar se sou bem tratada ou não, eu digo que sou bem tratada aqui...” (Caso 2).

E a satisfação pelo atendimento geral/organização de um serviço de saúde, dando-se relevância à informação administrativa para continuidade dos cuidados “Sendo informada sobre a continuidade dos cuidados” (código), reportando aos dados:

“Sim, no centro de saúde e mesmo no hospital senti-me sempre muito bem. Quando falta dois dias para ir à consulta, elas mandam mensagem pelo telefone para lembrar, no caso de não ter disponibilidade para ligar, e avisar antes...” (Caso 9);

“...e às vezes quando o doutor não vem elas ligam para o meu marido e dizem: olha, o doutor não vem hoje ... a consulta fica marcada para tal dia...” (Caso 17).

Todavia, deixa-se salvaguardada a influência significativa das condições de vida em que a mulher migrante se possa encontrar, nomeadamente, para ser capaz de implementar mudanças nos seus comportamentos de saúde, visto que, em condições mais precárias, tendencialmente se verifica a não procura de assistência de saúde, ou uma inadequada vigilância da saúde (S. M. F. Dias et al, 2009; N. Ramos, 2012), ou uma maior dificuldade na aquisição dos recursos aconselhados pelos profissionais de saúde (Chauvin, Parizot', & Simonnot, 2009).

Mas, mesmo assim, sugere a análise dos dados que parece haver uma maior adesão aos novos comportamentos de saúde durante a gestação e no que diz respeito ao bebé, do que em relação aos cuidados com a mulher após o parto, como já foi sendo dado a perceber ao longo desta análise.

Neste enquadramento da prática de enfermagem à mulher migrante no âmbito da saúde materna, propositadamente, a descrição analítica parte da codificação mais próxima dos dados para níveis de abstração mais elevados, de forma a enfatizar o significado atribuído pelas mulheres migrantes à atitude, comportamentos e ações de enfermagem nas interações que foram sendo estabelecidas durante os cuidados de enfermagem de vigilância pré-natal ao pós-parto.

3.3 PROCURANDO COMUNICAR

PROCURANDO COMUNICAR caracteriza os momentos de interação entre a mulher migrante e a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, na premissa de que cada um desses momentos de interação são influenciados por fatores provenientes das características de personalidade, vivências e circunstâncias de vida de cada um dos intervenientes envolvidos – mulher migrante e enfermeira(o) e, simultaneamente, influenciados pelo próprio ambiente físico, período de tempo e frequência em que as interações acontecem.

No âmbito da psicologia das relações interpessoais, Fachada (2000), assume a comunicação como um processo universal e essencial para o ser humano, visto que é através de um complexo sistema de sinais (verbais, escritos e não verbais) que cada pessoa expressa o que quer aos outros e, deste modo, estabelece-se a relação interpessoal ou um sistema de relações entre as pessoas. Com efeito, cada povo/grupo social e cultural utiliza um processo de comunicação adaptado às suas necessidades e exigências específicas, que se torna eficaz no seu contexto sociocultural. Ao nível individual, o modo como cada um comunica traduz, de certo modo, “um passado de atitudes, de valores, de princípios e de diversas experiências que constituem a marca do nosso comportamento presente.” (Fachada, 2000, p. 15).

No cuidado de enfermagem centrado no cliente, a comunicação é um ato de partilha de informação, ideias, sentimentos e emoções entre enfermeiro-cliente. Ou seja, um processo interpessoal que se complexifica perante diferenças culturais, sociais, religiosas e de afetividade dos intervenientes (Costa, 2004, p. 70). Referem Potter e Perry (2014, p. 325), que “na relação enfermeira-cliente a comunicação é parte essencial (...) é um momento de íntima conexão que faz toda a diferença na qualidade do atendimento e no significado para o cliente e para a enfermeira.”

Realçasse aqui, os diferentes papéis que cada pessoa vai desempenhando na sociedade onde se encontra inserida. Porque, o conteúdo da comunicação, padrões de comportamento e formas de comunicação específicas são expectáveis para cada tipo de papel, permitindo prever o comportamento do Outro e, concomitantemente, ajustar o nosso comportamento e modo de comunicar, facilitando a interação entre ambos (Fachada, 2000). Alinhando-se com o processo de cuidados de enfermagem, Costa (2004) reconhece a “comunicação com uma das competência profissionais” (p. 72) que exige

formação, treino e perícia, no sentido de se agir de acordo com as necessidades expostas pelo Outro, procurando promover a autonomia, a confiança e a satisfação (p. 73).

PROCURANDO COMUNICAR emergiu de uma envolvimento de elementos do processo de comunicação representativos das atitudes e ações da enfermeira durante as interações terapêuticas, de modo a que a comunicação estabelecida com a mulher migrante permitisse a compreensão da informação partilhada e que conduzisse a uma eficaz identificação das necessidades de saúde da gestante/mãe, nas diversas dimensões que possam afetar o bem-estar materno, do feto e da futura criança.

A Figura 8, que se ilustra de seguida, procura reproduzir atitudes e ações da enfermeira e da grávida/mãe migrante nos processos de comunicação que foram sendo desenvolvidos, durante os momentos de interação nas consultas de vigilância pré-natal ao pós-parto, e a influência dinâmica e recíproca de diferentes aspetos considerados como relevantes, representados pelos códigos focais “Respeito mútuo”, “[Enfermeira] Usando estratégias para comunicar” e “Espaço para comunicar”.

Participante: “Usando o termo desculpa” “Receando a censura”	Código focal: “Respeito mútuo”	Categoria: PROCURANDO COMUNICAR
Códigos: “A enfermeira fez-me desenhos” “A enfermeira usando palavras acessíveis” “[Enfermeira] Questionando sem julgar”	Código focal: “[Enfermeira] Usando estratégias para comunicar”	
Códigos: “[Enfermeira] Disponibilizando recursos” “[Enfermeira] Usando da sua experiência”	Código focal: “Espaço para comunicar”	

Figura 8. Representação esquemática da categoria PROCURANDO COMUNICAR e códigos agregados

O código “Usando o termo desculpa” é revelador de um comportamento reciprocamente utilizado durante a interação, promovendo o esclarecimento de uma mensagem não compreendida, devido à má dicção da mulher migrante ou por falta de vocabulário na língua portuguesa. Por sua vez, este código é caraterizador de uma atitude

de “Respeito mútuo” durante as interações, quando a barreira da língua surge como um fator condicionante da comunicação. Para a mulher migrante que procura cuidados de saúde, este comportamento impulsionado pela enfermeira assumiu especial relevância, fazendo-a sentir-se respeitada nas suas dificuldades linguísticas e, deste modo, permitindo a redução da ansiedade, receio da crítica ou da exposição desconfortável perante o outro.

Numa breve referência ao significado da palavra respeito, esta provém do latim *respectus* e significa “atenção” ou “consideração” (Wiki Culturama, 2014). No âmbito da bioética, o respeito é entendido como um princípio que nos conduz ao reconhecimento do valor da pessoa (Barcelos, 2004, p. 575), no aceitar, apreciar e valorizar as qualidades do próximo e os seus direitos. Ou seja, uma necessidade humana e, ao mesmo tempo,

uma qualidade humana que se aplica nas diversas relações humanas, sejam estas interpessoais, grupais ou entre países e organizações de vários tipos e que se traduz nos comportamentos.

Num outro prisma, encontra-se o respeito por si próprio, sendo consensual entre os pensadores, que esta manifestação de respeito é uma habilidade essencial para se conseguir viver numa atitude positiva, gratificante e cheia de significado, tanto numa perspetiva individual como nas relações com os outros (Wiki Culturama, 2014).

Neste sentido, surge o respeito mútuo, quando existe uma relação recíproca de respeito entre dois ou mais indivíduos. Um princípio de cidadania essencial para a construção de uma sociedade civilizada, com educação e justiça entre diferentes grupos sociais, étnicos, económicos, culturais, religiosos, entre outros. E que vai ao encontro do significado que Castles (2000) atribui ao conceito de cidadania, ao considerar que o sentido de pertença (a partilha de características comuns numa comunidade/nação) deixa de ser exclusivo de uma nacionalidade, mas extensível a várias comunidades, numa perspetiva de transnacionalidade (Castles, 2000 citado em Sousa, 2008, p. 34 e 35). Direcionando para um contexto de cuidados de saúde multiculturais, o respeito pela pessoa funciona “como um princípio regulador” (Thompson, Melia, & Boyd, 2004, p. 18) para a conduta ética dos prestadores de cuidados, respeitando-se o cliente como pessoa com direitos, na sua dignidade e promovendo a sua autonomia e bem-estar (p. 21).

“[Enfermeira] Usando estratégias para comunicar” (código focal), agrega códigos que enfatizam determinados procedimentos da enfermeira considerados significativos durante os processos de comunicação estabelecidos. Dando seguimento lógico e encadeado da exposição das particularidades da categoria PROCURANDO

COMUNICAR, num grau de proximidade com o código anteriormente interpretado, surge o código “[Enfermeira] usando palavras acessíveis” que, se por um lado, é representativo de um procedimento técnico que reduz as dificuldades linguísticas, por outro lado, é um código construído de modo a evidenciar uma outra iniciativa da enfermeira, ao ir adaptando a sua linguagem à capacidade de compreensão da grávida migrante, conforme foi revelado, na sua importância, por uma grávida ucraniana com dificuldades em se expressar em português:

“... quando ela não me percebe a mim ela diz ‘desculpa’ e eu explico com outras palavras que conheço melhor e é a mesma coisa comigo, quando eu não percebo também peço ‘desculpa’ e ela vai explicar com palavras que eu sei...explica de outra maneira...”
(Caso 1).

A Enfermagem concebida como profissão de ajuda, considera como predicados do ato de ajudar: o dar do seu tempo; dar da sua competência; dar do seu saber; dar do seu interesse; e o dar da sua capacidade de escuta e compreensão (Lazure, 1994). O dar do seu tempo, surgiu no estudo como uma qualidade da enfermeira revelada pela mulher migrante, quando tenta explicar com outras palavras que a grávida conhece, ou ao tentar explicar de outra maneira. Por outro lado, coloca-se a hipótese de uma outra qualidade da enfermeira poder estar aqui presente – o dar do seu interesse, pelo fato de o exercício profissional de enfermagem ao nível dos CSP estar, atualmente, subordinado a recursos tecnológicos e a períodos de tempo pré-estabelecidos para as consultas de enfermagem, nomeadamente para as consultas de vigilância pré-natal. Um fator condicionante de um atendimento de enfermagem ajustado à individualidade de cada cliente e família, mas, por outro lado, este predicado do ato de ajudar é promotor da satisfação pessoal da enfermeira, onde a experiência de cuidados ocasiona o conhecimento de si própria e do Outro, ao encontro de uma comunicação eficaz, integradora e facilitadora da gestão da comunicação intercultural.

“A enfermeira fez-me desenhos”, um código esclarecedor de uma das estratégias de comunicação adequadas a situações de interação que envolvem dificuldades linguísticas. Uma estratégia, que conjugada com os comportamentos anteriormente referidos, permite à mulher migrante ser compreendida, assim como aumenta a possibilidade de esta manifestar a sua opinião, perante as situações de saúde/doença com que se vai deparando no país de acolhimento.

No relato desta participante, o desenho foi utilizado pela enfermeira numa das várias interações que foram sendo estabelecidas ao longo a vigilância pré-natal e que ajudou a enfermeira a perceber qual o órgão afetado e que estava a influenciar o bem-estar materno-fetal, necessitando a grávida de uma interrupção temporária do seu trabalho por gravidez de risco:

“Na primeira altura eu não sabia como se chama os rins. E esquecia-me dessa palavra... e depois fui-me lembrando...E pronto, nós não percebemos, mas com conversa ela explicou-me e fez-me desenhos...” (Caso 1).

A literatura tem demonstrado que problemas comunicacionais e linguísticos, se por um lado, são geradores de ansiedade no cliente migrante (N. Ramos, 2012; Reis, 2015), por esta não conseguir exteriorizar os sintomas, necessidades e questões (Santiago & M. H. Figueiredo, 2013), por outro lado, poderão conduzir à recusa ou ineficácia na administração de terapêutica, à não realização de exames médicos e a níveis baixos de adesão a comportamentos preventivos ou a medidas protetoras de saúde (N. Ramos, 2006). De acordo com o modelo de Stern (1980) citado em Williams (1999), existem 3 níveis de obstáculos na comunicação entre o cliente imigrante ou de outra etnia e o profissional de saúde, sendo estes: a abordagem que inclui vários fatores implicados nas relações interpessoais; os costumes que incluem as práticas e os comportamentos característicos de uma cultura; e a linguagem, uma barreira importante, devendo o profissional de saúde estar desperto para as diferentes e possíveis estratégias que permitem ultrapassar este obstáculo.

De facto, ao se conjugar o anteriormente referido com os diferentes níveis de comunicação que são usados nas intervenções de enfermagem e fazendo referência apenas a dois do níveis: a *comunicação intrapessoal* (ou pensamento interior de cada indivíduo e a sua influencia nas percepções, sentimentos, comportamentos e autoconceito⁵³); e a *comunicação interpessoal* (entendida como a interação individualizada entre enfermeira-pessoa/cliente, que pode ocorrer, face à face ou de outro modo e num contexto social), depreende-se que, na prática de cuidados, a enfermeira trabalha em parceria com pessoas/clientes com opiniões, experiências, valores e crenças

⁵³ O termo autoconceito, definido como a percepção que cada pessoa tem de si, é assumido neste estudo de acordo com a perspectiva de Hebert Mead (1934) citado por Fachada (2000, p. 121), ao afirmar que o autoconceito tem a sua origem no Interacionismo Simbólico em que “as pessoas respondem ao meio, às coisas e às pessoas em função da forma como entendem e interpretam esse meio”, construindo assim o seu *self*. Logo, o modo como cada um se vê a si próprio, se sente e se percebe, determina o modo como vai entender as atitudes dos outros com quem interage nas diferentes situações sociais.

que podem ser diferentes dos seus, tornando-se essencial, que se inclua nos momentos de interação, os símbolos e sinais que são utilizados por ambos os intervenientes, para dar e receber o significado das mensagens partilhadas (Potter & Perry, 2014, p. 326).

Neste sentido e regressando ao código “A enfermeira fez-me desenhos”, pôde-se depreender a utilização de técnicas de comunicação como uma intervenção numa situação de enfermagem interpessoal, nomeadamente na fase de colheita de dados que definem os diagnósticos de enfermagem. Considerando, ainda, a presença de uma situação de comunicação desafiadora: Indivíduos que falam e/ou entendem pouco o idioma, (Potter & Perry, 2014, p. 332), optou-se pela utilização do desenho para facilitar a compreensão da mensagem da mulher migrante e a tomada de decisões clínicas que garantissem uma assistência de enfermagem segura. Cronenwett et al. (2007) citados pelas mesmas autoras, sustentam esta conceção ao considerarem que “O cuidado centrado no cliente requer uma investigação cuidadosa dos valores, das preferências e das origens culturais, étnicas e sociais do cliente.” (Potter & Perry, 2014, p. 332).

“[Enfermeira] Usando a sua experiência”, permite perceber o modo como a experiência da enfermeira pode ajudar a ultrapassar outros fatores influenciadores da interação, nomeadamente os relacionados com a personalidade da mulher, como por exemplo, quando esta é tímida e tem dificuldade em manifestar as suas dúvidas, emoções ou sintomas associados à gravidez ou após o parto, por falta de confiança ou de vontade, mesmo sabendo que está a comunicar com um profissional de saúde.

Não se tratando de comportamentos específicos ou diretamente associados à mulher em situação de migração, mas perante contextos socioculturais diferentes dos seus, acrescido do receio de ser mal interpretada nas suas ideias, nos seus costumes ou nos seus comportamentos de saúde e, muitas das vezes da barreira da língua, as mulheres mais reservadas, quer por questões de personalidade, quer por razões culturais exigem sensibilidade profissional e implementação de diversas formas de abordagem para se ultrapassar estas questões, onde a experiência profissional pode ser facilitadora.

Nesta lógica, “[Enfermeira] Usando a sua experiência” foi interpretado como um código que nos transporta diretamente para “Espaço para comunicar”, uma outra propriedade desta categoria. Num ambiente de cuidados de saúde, existe uma variedade de sinais (como os sons, cronogramas, objetos, mensagens, emoções, percepções, sensações, ideias, entre outros) que podem dar início à comunicação entre enfermeira-cliente. Bem como, aspetos influenciadores da qualidade da comunicação estabelecida

nos momentos de interação entre enfermeira-cliente, como: os meios de se transmitir e receber mensagens (visual, auditivo e tátil), a permuta flexível entre os papéis de emissor (quem expõe ideias ou sentimentos) e de recetor (quem recebe, interpreta e responde) desempenhados por ambos os intervenientes; as possíveis distrações ambientais (como a falta de privacidade ou de espaço, interrupções, entre outros) que provocam confusão, tensão e desconforto (Potter & Perry, 2014, pp. 327-328); os diferentes códigos utilizados na linguagem verbal (palavras faladas ou escritas) e nas componentes da linguagem não-verbal (paralinguagem, a mímica, a linguagem corporal ou o silêncio), visto que os comportamentos não verbais reforçam ou contradizem a linguagem verbal (Lazure, 1994, pp. 105-106) e porque traduzem as emoções e os sentimentos associadas às reações (Lazure, 1994; Fachada, 2000; Costa, 2004); e, ainda, a influência de fatores individuais de ordem psicofisiológica, de desenvolvimento e os socioculturais (no modo de pensar, sentir, agir e comunicar) na interação estabelecida entre a enfermeira-cliente (Lazure, 1994).

Cientes de todos estes elementos circunscritos ao processo de comunicação entre enfermeira-mulher migrante, “Espaço para comunicar”, dá especial significado ao modo como a enfermeira faz uso da sua experiência profissional nas situações mais específicas de cada mulher e à disponibilidade evidenciada no tempo e no espaço para questionamento. Componentes que vão ao encontro dos achados de Reis (2015), quando se reporta aos discursos dos migrantes sobre os cuidados que lhes são prestados pelos enfermeiros portugueses, na “valorização dos saberes dos profissionais” tendo como referencial os cuidados de saúde do país de origem.

Reportando aos dados, no que diz respeito ao uso da experiência profissional da enfermeira, esta grávida romena (compreendendo e falando bem o português), a vivenciar a sua primeira gravidez e sem apoio familiar ou amigos de referência no país de acolhimento, para além do seu companheiro, manifestou-se do seguinte modo:

“Por exemplo, hoje tive de fazer uma pergunta mais simples, e tive alguma vergonha, e ela [enfermeira] conseguiu que eu saísse um bocadinho da casca, e perguntasse essa coisa, e sinto-me muito à vontade com ela...mas as enfermeiras também têm experiência, e como têm tanta experiência e se és uma pessoa que seja mais fechada elas falam de um modo que ajuda muito... se elas veem que és uma pessoa que está com vergonha de perguntar alguma coisa, e como elas têm experiência elas perguntam antes...” (Caso 2).

Ou quando o tempo despendido pela enfermeira, na orientação para a aprendizagem das competências maternas, é visto como um ato de enfermagem que comporta cortesia e paciência para com a mulher inexperiente no exercício da maternidade, como revelou esta migrante brasileira:

“Em relação às enfermeiras, são todas muito queridas, mesmo pacientes, não estão a fazer aquilo às pressas, deixam a gente, e dão tempo... não é tudo às pressas a despachar logo... e isso é muito bom porque acaba por ajudar a gente também...” (Caso 5).

Ou, quando a própria cliente manifesta a importância de a enfermeira utilizar a experiência profissional para ajudar a ultrapassar obstáculos provocados por características da personalidade durante a partilha de informação, como demonstrou este jovem casal (ele português e ela brasileira) a vivenciarem a sua primeira gravidez com um frágil suporte familiar e social e necessidade de orientação e apoio dos profissionais de saúde nos assuntos relacionados com a gravidez e maternidade:

“No caso dela (calada), era eles fazerem-lhe perguntas, por iniciativa deles... [opinião do companheiro]. Eu não consigo falar muito... [referindo a grávida]. Ela é tímida... [acrescenta o companheiro]” (Caso 16).

Ou, porque a experiência profissional permite uma maior sensibilidade e capacidade de deteção precoce de situações de risco durante o período reprodutivo, nomeadamente em jovens migrantes com dificuldades financeiras e sem suporte familiar ou social no país de acolhimento e que evitam revelar situações pessoais, pelo receio de serem mal interpretadas ou maltratadas, como demonstrou esta jovem imigrante cabo-verdiana ao preferir revelar a situação de uma amiga como exemplo:

“Eu acho que hoje em dia eles [enfermeiros/profissionais de saúde] deviam estar mais preocupados com aquilo que nós sabemos. Ano passado eu fui para o Algarve porque tinha lá uma amiga, ela ia lá contar tudo, mas só que não era tudo o que ela falava que era verdade. Ela estava grávida, e antes da gravidez ela tinha feito aborto três vezes e não ia fazer lavagem nem nada. Ela ia lá ao Centro de Saúde, e falava tudo perfeito, e quando foi fazer análises descobriram que ela tinha ‘cenas’ lá dentro que incomodavam o bebé. É por isso que às vezes eu digo que deviam preocupar-se com aquilo que nós sabemos, porque podemos dizer que é tudo maravilhas, mas lá dentro não é tudo maravilhas.” (Caso 19).

Ou, mesmo, porque as mulheres migrantes não encontram abertura por parte da enfermeira para o fazer e, quando a sua experiência na maternidade não tem outros pontos de referência no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, como se percebeu no discurso desta gestante brasileira:

Olhe, pode ser que sim, mas como a gente vem aqui mais para tratar sobre os filhos, a vida pessoal acaba por ficar um bocadinho de lado, para já elas estão aqui no horário delas e não têm tanto tempo para a gente estar ali a desabafar...” (Caso 5).

Com efeito, a experiência profissional, que agrega à experiência pessoal um conhecimento teórico sobre o processo de comunicação pode desenvolver competências/habilidades de comunicação da enfermeira (Balzer-Riley, 2007 citado por Potter & Perry, 2014), facilitadoras da relação interpessoal e de uma comunicação eficaz com a mulher migrante. E, neste sentido, competências/habilidades promotoras da expressão de necessidades ou tensão geradas por situações complexas que envolvem a gravidez e o pós-parto da mulher em situação de migração e que possam pôr em causa o bem-estar e saúde materno, fetal ou da criança, especialmente, quando a mulher migrante não encontra formas de resolução, necessitando de apoio/orientação.

Corroborar-se com N. Ramos (2012), quando refere que as novas realidades sociais, culturais, educacionais, comunicacionais e sanitárias geradas pela diversidade cultural das sociedades, exigem aos profissionais de saúde, para além de aquisição de competências individuais, de cidadania e comunicacionais, a necessidade de desenvolvimento de competências culturais, para melhor gerirem a complexidade das interações interculturais nos contextos de saúde.

“[Enfermeira] Questionando sem julgar”, código que interpreta dos dados o significado atribuído a uma das estratégias utilizadas pela enfermeira para comunicar com a mulher migrante, emergindo como um comportamento essencial da enfermeira durante a interação, estando este diretamente associado à capacidade de escuta e compreensão, no sentido de evitar a fuga ao tratamento ou às medidas protetoras da saúde por receio da punição, conforme se evidencia na continuidade do incidente anteriormente relatado:

“Eles [enfermeiros/profissionais de saúde] devem insistir em perguntar, mas não ameaçar, porque dizem que lá no Amadora-Sintra se temos filhos dizem que vai lá a Segurança Social e tiram o bebé, e é por isso que se calhar ficam com medo e dizem ‘eles vão pensar que eu sou uma desmazelada e querem tirar-me o bebé com isso’ foi o que a menina lá no Algarve me disse.” (Caso 19).

Outra participante manifestou a importância do julgamento do profissional de saúde nos momentos em que a mulher migrante procura resposta às suas dúvidas. E, concomitantemente, associou a necessidade de ser a enfermeira a tomar a iniciativa durante as interações, especialmente, quando a mulher migrante se sente com vergonha de expor as suas dúvidas. Por sua vez, deu a entender que o julgamento, por parte dos profissionais de saúde, provoca na mulher sentimentos de punição ou de desrespeito:

“Se não perguntarem, às vezes elas ficam com dúvidas ou ficam com vergonha... eu não tenho vergonha... neste momento eu não tive nenhum médico nem nenhuma enfermeira que me tratou mal, não tenho queixas a dar nem dos médicos nem das enfermeiras.” (Caso 21).

Nesta conjuntura, “Receando a censura” deu significado a um padrão de comportamento das mulheres migrantes junto da enfermeira e/ou outros profissionais de saúde, para evitar serem criticadas, punidas ou rejeitadas, nomeadamente, em determinados comportamentos que foram sendo adotados e que, de algum modo, pudessem afetar a gravidez, parto ou período pós-parto. Por exemplo, as condições de vida e a insegurança provocada pela necessidade de legalização no país de acolhimento, por vezes, conduzem a comportamentos de risco, como o aborto recorrente sem assistência de saúde, conforme relatou a participante:

“Ela tinha chegado de Cabo Verde há pouco tempo... ela já tinha engravidado, fazia abortos porque as amigas iam com ela comprar remédios, tomava em casa, não queria saber de fazer lavagem nem nada, e depois quando ela engravidou da última vez ela não sabia, só depois dos três meses é que ficou a saber. E aí não podia fazer nada. E ainda por cima ela foi para o Hospital e tiraram-lhe a menina. Ela não ficou com o bebé...”

Pois... ainda por cima ela não tinha documentos nem nada... ela veio cá para estudar, mas depois não sei o que é que ela andou a fazer, deixaram de lhe dar dinheiro na escola, ela teve que ir trabalhar e foi assim.” (Caso 19).

Ou mesmo, quando se está socializado para a realização da vigilância da gravidez e se considerar que já deveria ter iniciado, pode desencadear receio de ser punida ou mal interpretada pelos profissionais de saúde, como revelou esta grávida ucraniana:

“...na primeira vez que fui foi nas dez semanas porque eu não sabia que estava grávida, e ela não ficou chateada comigo, e ela [enfermeira] explicou...” (Caso 1).

Quando se compara este relato com os dados do Caso 4, afetos ao código

“Relatando medos, inseguranças e dilemas”⁵⁴, ambas as migrantes parecem valorizar uma vigilância pré-natal, após saberem que estão grávidas. Do mesmo modo, ambas valorizaram o comportamento da enfermeira perante as situações, evidenciando-se uma atitude compreensiva e com intervenções ajustadas às situações. De certo modo, os dois incidentes sugerem um comportamento congruente das enfermeiras nas decisões tomadas, nomeadamente na capacidade de se afirmarem como profissionais, sem hostilidade, nas intervenções de prevenção e promoção da saúde materno-fetal, perante as necessidades de saúde apresentadas pelas grávidas. No Caso 4, na celeridade do pedido dos exames laboratoriais preconizados no 1º trimestre da gravidez e que se encontravam em falta (Norma nº 037/2011)⁵⁵, e no Caso 1, na orientação e encaminhamento da grávida para os procedimentos necessários para o início da vigilância pré-natal.

O medo de serem mal interpretadas nas suas questões, levando ao constrangimento ou sensação de marginalização, surgiu como outro dos motivos porque a mulher migrante opta por apenas ouvir e aceitar as informações e orientações durante as consultas de enfermagem e evitar, por exemplo, esclarecer assuntos da sua intimidade que durante o período da gravidez estão a afetar a sua vida conjugal:

“Elas [mulheres migrantes] não fazem perguntas porque têm medo das respostas...Da maneira como lhes vão responder...já faz diferença... e eu não quero passar por isso...

Há perguntas íntimas... que eu por exemplo, parece que fico com medo, e não tenho relações com o meu marido desde que engravidei... e eu não consigo ter... E eu nem sequer falei com ela [enfermeira] sobre esses assuntos...” (Caso 13).

Assim como o medo de ser rejeitada, associado à falta de confiança nas enfermeiras com quem se interage durante as consultas pré-natais, provocam insegurança para abordar determinados assuntos, ao não se saber como poderão ser interpretados pela enfermeira, conforme relatou esta migrante brasileira, que se encontrava na sua segunda gravidez, em que a vigilância de saúde de ambas gestações aconteceu em contexto de saúde português:

“...eu acho que seria possível sim, mas eu não tive assim essa liberdade

⁵⁴ Referente à subcategoria *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa*, na categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE.

⁵⁵ Norma da Direção-Geral de Saúde, Nº 37/2011, atualizada em 20/11/2013, relativa a Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco, acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011.aspx>

ainda...porque a gente chega aqui e fala sobre uma coisa pessoal, em relação ao meu marido que não ajuda, ou outra coisa, e isso é mais difícil porque não se sabe como a enfermeira vai agir... porque essa enfermeira pode não dar trégua... a gente [mulher migrante] tem muito isso de não querer entrar muito no assunto com medo de também ser rejeitada... a gente nunca sabe... não é o meu caso, mas assim como mais há médicos mais rígidos também há enfermeiros assim...” (Caso 5).

E, também, porque a experiência anteriormente vivida com os cuidados de enfermagem na sociedade recetora, não deram resposta concreta ao que realmente se expectava dos cuidados de enfermagem, optando-se por responder ao que é questionado, como referiu esta migrante senegalense:

“Eu não fazia perguntas...Ele [enfermeiro] perguntava se está tudo bem e eu dizia que estava tudo bem... ele me fazia perguntas e eu dizia... se não havia nada eu não dizia nada...” (Caso 6).

Relembrando a relação dinâmica e influenciadora que se encontra entre os diferentes códigos que caracterizam a categoria a PROCURANDO COMUNICAR, considerou-se “Receando a censura” como uma codificação afeta ao código focal “Respeito mútuo”, por ter ficado claro uma necessidade profunda de se ser compreendida nas suas ações, quer quando questionam a enfermeira, quer quando revelam comportamentos adotados ou que pretendem adotar, podendo estes serem uma expressão evidente dos valores culturais, da experiência adquirida ou persuadidos pelas circunstâncias de vida.

No processo de cuidados, a enfermeira manifesta o respeito pela cliente pelo modo como se comporta nas suas intervenções. Mais precisamente, com base numa relação de ajuda, manifestando ativamente o respeito pela cliente, através de ações centradas na cliente, disponibilizando os seus recursos, ajudando-a a enfrentar as suas emoções e a utilizar os seus próprios recursos para solucionar os problemas e respeitando a sua livre escolha (Lazure, 1994, p. 133). Contudo, as situações de desigualdade nas relações humanas são as mais propícias a diferentes formas de falta de respeito, considerando Renaud (2004, p. 211), que os cuidados de saúde são um exemplo de falta de reciprocidade do respeito na relação entre quem presta cuidados e quem os recebe.

Neste encadeamento de ideias, surge por fim o código “Disponibilizando recursos”, ao expor a disponibilidade da enfermeira para interagir, conversar, esclarecer e aconselhar a grávida, a parturiente ou a mãe migrante após o nascimento do bebé.

Disponibilidade descrita, quer em termos de tempo utilizado durante as consultas de enfermagem, quer para comunicar por outros meios e fora do contexto de consulta programada:

“ela [enfermeira] é muito do tipo que se tiver que disponibilizar um tempo para conversar consigo ela conversa mesmo, ela fala...se tenho alguma dúvida sei que posso tirar, fico esclarecida, já me disponibilizaram o telefone daqui [Unidade de Saúde] para que se eu precisar eu ligar...” (Caso 7).

“Sim, nessa parte as enfermeiras ajudam muito mesmo porque nas consultas a gente tira todas as dúvidas...ainda mais que a gente chega sempre com dúvidas, a gente depois fala tudo e fica muito mais descansada.” (Caso 5).

Assim como a disponibilidade manifestada pela enfermeira, associada ao à vontade já adquirido pela mulher migrante para questionar. Ou, quando a sua personalidade, experiência de vida ou situações de vida se tornam argumentos facilitadores, conforme se percebe nos diferentes relatos:

“O poder comunicar à vontade, porque elas me dizem sempre para não ter vergonha de dizer, como hoje estava com um doutor lá dentro, a pergunta que eu tinha que fazer olhei mais para a enfermeira, senti-me mais à vontade com ela, já porque a tinha conhecido antes, foi a primeira pessoa que falei quando fiquei grávida, e senti-me mais à vontade para falar com ela do que com o doutor...dizem sempre, se temos dúvidas, se temos perguntas...” (Caso 2);

“eu sinto porque a própria enfermeira me deixa à vontade para expressar essas dúvidas..., mas sempre que pesquiso algo e eu chego à enfermeira e ela me passa a mesma informação, acaba por ficar mais claro...”

A enfermeira já me tinha falado sobre isso [risco de ter toxoplasmose], mas eu não tirei a dúvida que eu pensava. Depois eu fui pesquisando mais e fui falando com a enfermeira, e então ela disse-me e me aliviou e me deixou mais tranquila dizendo que não precisava de pôr o gato para fora...” (Caso 3);

“Por acaso sim, porque eu não tenho assim coisas de dificuldade, Graças a Deus...Sim, se eu tenho dúvidas ou alguma coisa, eu pergunto. Sim, eu não tenho vergonha, quando eu sinto alguma coisa, pergunto.” (Caso 20);

“Com a enfermeira também, no centro de saúde do Lumiar ou em qualquer sítio onde eu já morei, até chegar aqui eu sei que me vão dar as respostas...Como disse, eu

não tenho vergonha, quando tenho uma coisa que estou a sentir eu falo, mesmo que não seja com a família...

Eu gosto que, quando eu estou errada, a pessoa me diga que não, não faças isso. Como aquela enfermeira me disse na clínica e eu obedeci a ela, mas se fosse uma pessoa má ia tirar essa criança e se calhar passava mal...” (Caso 21);

“Sim, senti-me à vontade em falar dos meus problemas... para saber como resolver. Mais sobre a gravidez...” (Caso 18).

O mesmo código, no seu reverso, também evidencia a falta de disponibilidade da enfermeira, pelo modo apressado em que as interações acontecem durante as consultas de enfermagem, pela falta de disponibilidade “mais subtil” em que a mulher migrante se culpabiliza das suas dificuldades em comunicar e que não são identificadas pelas enfermeiras que realizam a sua vigilância pré-natal, ou mesmo, pela falta de disponibilidade manifestada pela enfermeira, tal como se expõe:

“Não...porque eu acho que às vezes elas estão com muita pressa... [demonstrando preferir não questionar as enfermeiras]. Às vezes parece...[companheiro confirmando o que a grávida disse]” (Caso 16);

“...mais apoio e conversar mais e dar mais informações, porque há mães que não sabem muita coisa... e perguntas... [referindo-se à iniciativa da enfermeira em colocar questões]. Eu às vezes sim, mas há pessoas que não [referindo-se ao questionar com facilidade]. (Caso 22);

“Não... falo assim um bocadinho às vezes..., mas agora tenho que começar a falar senão...tenho que começar a falar. O meu marido ontem ficou chateado porque eu não falo nada...Eles [profissionais de saúde] respondem quando eu pergunto...Sim (estão disponíveis), eu é que não pergunto... a culpada sou eu... [demonstrando alguma resignação pela sua expressão facial]” (Caso 17);

“...apesar de eu ter trinta e seis anos eu nunca fui mãe, então para mim é tudo novo, então você faz uma pergunta e a pessoa te responde de uma maneira torta, então é difícil...” (Caso 13):

PROCURANDO COMUNICAR, elevou-se assim, como uma categoria que interpreta e caracteriza a informação das participantes do estudo, quando se pronunciaram sobre atitudes e comportamentos da enfermeira durante os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados. Logo, ao se entender a comunicação como um processo interativo e pluridirecional, que depende do poder e das aptidões de cada um no processo de

comunicação, as atitudes e os comportamentos da enfermeira que conduziram ao respeito mútuo, à criação de um espaço para comunicar e à utilização de estratégias de comunicação para facilitar a expressão da mulher migrante, surgiram como qualidades da enfermeira, promotoras da troca de ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e, que obtêm como resposta afetiva da mulher migrante a sensação de acolhimento, de bem-estar e de confiança por ser aceita e compreendida. Aspectos estes que serão abordados de seguida.

3.4 A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA

A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA surgiu a partir do considerado pelas participantes do estudo como o mais significativo da assistência de enfermagem recebida durante a vigilância pré-natal ao pós-parto. A codificação concebida a partir dos dados, permitiu perceber a valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem, particularizando-se o humor da enfermeira e uma percepção de proximidade afetiva durante as suas intervenções. Estas duas particularidades emergiram como influenciadoras da atitude da enfermeira durante as suas intervenções junto da mulher migrante, desencadeando nestas últimas respostas afetivas de reconhecimento, sentir-se acolhida e compreendida, como se procura esquematizar na Figura 9.

Códigos: “[Enfermeira] Sempre bem-disposta” “[Enfermeira] Sendo afável” “[Enfermeira] Sendo rude”	Código focal: “Valorizando o humor da enfermeira”	Categoria: A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA
Códigos: “[Enfermeira] Interagindo com a mulher migrante” “[Enfermeira] Estando presente durante o TP” “Enfermeiros mais próximos das clientes”	Código focal: “[Enfermeira] Mantendo-se próxima”	
Códigos: “Sentindo-se satisfeita com a assistência prestada” “Sentindo-se discriminada por ser imigrante” “Sentindo-se esclarecida e confiante”	Código focal: “Sentindo-se acolhida e compreendida”	
“[Enfermeira] Ajudando na tomada de decisão esclarecida” “[Enfermeira] Questionando sobre o bem-estar da mulher” Necessitando de ser valorizada na sua emotividade	Código focal: “Sentindo-se reconhecida”	

Figura 9. Representação esquemática da categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA e códigos agregados.

Para a descrição das dimensões e características que compõem a categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, optou-se por seguir a orientação colocada no esquema anteriormente representado. Porém, salvaguardando a ideia de que as particularidades apresentadas nem sempre surgem nesta ordem, podendo coexistir aleatoriamente, dependendo da situação de cuidados, das características pessoais dos intervenientes e de todo um conjunto de obstáculos que possam influenciar a interação entre enfermeira-mulher migrante.

O código focal “Valorizando o humor da enfermeira” interpreta diferentes expressões utilizadas pelas participantes que demonstram como tipo de humor da enfermeira contribui para o modo como optam por agir durante as interações. As expressões “comigo sempre bem-disposta” e “sempre com um sorriso”, apesar do significado particular que cada uma delas possa revelar para a mulher migrante, numa

leitura do que se tenta transmitir como o mais significativo da assistência de enfermagem que se tem vindo a usufruir, estas expressões refletem a atitude da enfermeira nas ações concretas, manifestado por uma das participantes da seguinte forma:

“...comigo sempre bem-disposta, nunca ralhou, ao fim de semana ou ao fim do dia se está aborrecida, está sempre com um sorriso, e isso ajuda, e está sempre a perguntar se está tudo bem...” (Caso 1).

No mesmo incidente, a expressão “nunca ralhou” surgiu como mais um exemplo para justificar o tipo de humor da enfermeira durante as interações. Contudo, também chama a atenção para possíveis preconceitos, crenças ou suposições, provenientes da participante, visto que o termo “nunca”, à partida, limita outras possíveis dimensões como por exemplo: uma vez, raramente ou por vezes. Ou seja, neste caso concreto, a grávida migrante pode ter pretendido valorizar o que aconteceu com mais frequência, pela importância que a boa disposição da enfermeira representava para ela, não sentido por isso, necessidade de manifestar outros acontecimentos.

Destaca-se, ainda, a expressão “e isso ajuda”, sugestiva de que um bom humor da enfermeira promove abertura para a mulher expor as suas dúvidas e necessidades de saúde. De facto, o bom humor da enfermeira pode complementar a manifestação de respeito pela mulher migrante, independentemente das suas características socioculturais e/ou dificuldades linguísticas, conforme se pode perceber da descrição da análise da categoria PROCURANDO COMUNICAR. Numa outra perspetiva, estes aspetos tornam-se essenciais ao nível da integração da mulher migrante no sistema de saúde e na continuidade dos cuidados de enfermagem, que no âmbito da gravidez/maternidade funcionam como fatores facilitadores da segurança, confiança e vivência agradável destes dois processos.

As atitudes afáveis da enfermeira foram descritas com expressões como: “diz boa tarde” ou “pergunta se está tudo bem, se estou bem-disposta”. Mas as atitudes rudes também são relatadas pelas participantes, levando ao desapontamento, conforme exemplo relatado:

“Um exemplo foi eu ter deitado na marquesa e levantei-me... é normal... Se me disserem ‘olhe, você não pode levantar-se dessa forma’...eu acho que não custa nada explicar a maneira como se levanta. E foi um dia que eu me senti mal, e ela nunca tinha falado comigo sobre esse assunto, e depois vem dizer assim ‘não é assim que se levanta!’ eu vou falar pela última vez... grave bem o que eu lhe estou a dizer...!’ então eu achei

um bocado rude...se calhar também estava muito sensível...[procurando desculpar a enfermeira]” (Caso 13).

Com efeito, o estado de humor da enfermeira manifestado pela sua disposição e maneiras afáveis ou ríspidas para com a mulher migrante, no âmbito da saúde materna e obstétrica, poderão condicionar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a vivência mais ou menos segura e saudável do período gestacional ao pós-parto da mulher migrante.

Integrando a relação entre as categorias e recorrendo à literatura, a “cortesia” é reconhecida como um dos elementos da comunicação profissional. Quando a enfermeira é descortês é vista pelos outros como rude ou insensível, podendo funcionar como uma barreira na interação com o cliente (Potter & Perry, 2014, p. 331).

O código focal “[Enfermeira] Mantendo-se próxima” interpreta a valorização dada a uma presença sistemática da enfermeira junto da mulher migrante, que se fez representar durante as consultas de vigilância pré-natal por uma interação agradável, onde as competências relacionais se complementam com as competências técnicas. Estas últimas, descritas quer pelos procedimentos observados para a avaliação do bem-estar materno-fetal, quer pela clareza com que se informa a grávida migrante sobre a avaliação realizada ou sobre a preparação antecipada para determinados momentos, como por exemplo do enxoval para o bebé:

“É assim, sempre que lá passo, ela nunca fica calada, diz boa tarde, pergunta se está tudo bem, se estou bem-disposta, vê as análises, explica as análises, ela vai explicar se está tudo bem, a ecografia foi bem...e está sempre a perguntar se está tudo bem...” (Caso 1);

“...e a enfermeira estava sempre aí, explicava, sempre que eu vinha à consulta ela estava sempre ali, e explicava ‘tintim por tintim’... a roupinha e aquelas coisas, “se tiver alguma dúvida, pergunta, liga, se tiver alguma dor...” (Caso 8).

Durante o trabalho de parto e parto, a importância da presença da enfermeira também foi revelada por expressões de estímulo, apoio e segurança. Associando-se, as diferenças socioculturais com que a mulher migrante se pode confrontar num novo contexto de saúde a um dos momentos mais intensos da experiência de vida das mulheres, sentido com fortes emoções, expectativas, receios, cansaço, desconforto/dor provocado pelas contrações, percebe-se como a presença e apoio da enfermeira se torna significativa e importante para a parturiente:

“Na altura do hospital achei mais importante quando estava na hora de contrações. Sempre enfermeiros(as) em cima de mim... e depois ajuda muito. Teve muito apoio. Sempre a animar, “está quase”...[risos]... não estava. E depois quando disse “está quase” eu estava com esperança que estava, mas não estava. Sempre fica ao pé de mim e quando disse: ‘quando sente alguma coisa, chama por mim. Não faz força sem eu estar aqui’. Quando eu chama e sempre vem, chega perto de mim...”

Eu achei isso mesmo mais importante. Para mim achei importante. Mesmo importante. E depois sempre a animar, ‘ah, está quase’ e não estava. ‘Ah espera aí [nome], está quase. Tem que esperar um bocadinho’. E depois quando chega o momento, que eu precisava de ajuda mesmo.” (Caso 11).

Outro modo de mostrar a proximidade da enfermeira, foi pelo reconhecimento da mudança do comportamento dos enfermeiros portugueses ao longo dos anos, que se tornaram mais atentos às necessidades de informação das clientes, conforme se pode interpretar neste incidente:

“Depois de ter a [nome da filha], fiz a consulta pós-parto e essa foi muito, muito importante. Porque quando cheguei, em termos dos cuidados, depois para não ter bebé, para não engravidar, e eles explicaram-me e deram-me a pílula, mas antes eu nunca tinha tido essa consulta... eu nunca tomei a pílula... então eu achei isso mesmo o ponto-chave, eu acho que é muito, muito importante, porque há muitas pessoas que quando acabam de ter um bebé, como não vem o período, depois engravidam, e era essa parte que eu não tinha percebido, mas como, entretanto, marquei a consulta, eles explicaram-me passo a passo...[enfermeira] Ela até me deu a pílula para tomar, mas como ainda não me veio o período, ela disse que só quando vier o período é que eu posso tomar... mas deu-me também preservativo... e eu não sabia nada disso... não tinha esse conhecimento...Não... eles antes não eram assim, agora eles estão mais chegados às pessoas...” (Caso 10).

Outras atitudes afetivas foram associadas aos cuidados de enfermagem recebidos, conforme se depreende no código focal “Sentindo-se acolhida e compreendida”, onde se procura destacar as sensações de bem-estar como resposta às intervenções de enfermagem. Por exemplo, quando se descreve o tipo de atendimento efetuado pela enfermeira em diferentes contextos de cuidados de saúde, ou porque, as atitudes da enfermeira servem como argumento para se optar por manter a mesma enfermeira para a vigilância de uma futura gestação:

“...foi exatamente o acompanhamento que tive dela, ela é um amor de pessoa, assim que me perguntaram ‘onde é que quer ser assistida?’ eu disse ‘vou para essa USF’ exatamente por causa desse carinho, porque ela é muito atenciosa... Gosto muito da Enf. X, gosto muito da Enf. Y e se fosse para trocar, eu não trocaria, porque eu sei que sou bem atendida...”

Ah, foi um espetáculo! O atendimento lá é espetacular [referindo-se ao atendimento durante internamento num serviço de obstetrícia/maternidade].” (Caso 7).

Assim como, atitudes afetivas deram significado ao apoio moral e compreensivo, perante circunstâncias complexas em que uma gravidez acontece e onde a enfermeira ajuda a identificar futuros benefícios, como é o exemplo de uma jovem mãe solteira, com sequelas de AVC e que engravidar não fazia parte dos seus planos:

“Tive o apoio de muita gente. Apoio moral que eu senti... apoio moral... porque outro apoio não sei... apoio moral é mais importante...”

Eu valorizei a atenção. Quando eu estava grávida, as enfermeiras todas iam falar comigo e diziam ‘a sua filha pode vir a ser uma grande ajuda para si... pode ser a sua salvação... não se preocupe, vai dar tudo certo’... foi esse apoio porque me deram força também.” (Caso 12).

Na continuidade da caracterização da resposta afetiva da grávida à atitude da enfermeira, “Sentindo-se acolhida e compreendida” representa, também, a satisfação sentida após resolução de uma situação no âmbito da saúde, nomeadamente, quando as circunstâncias de vida fazem com que a própria mulher migrante se sinta culpada por incumprimento do esquema de vigilância de saúde. E, simultaneamente, pelo respeito e compreensão por parte da enfermeira, ao procurar resolver a situação sem transmitir qualquer tipo de desapontamento por um comportamento menos adequado em termos da vigilância pré-natal, conforme expressa a migrante brasileira:

“Logo quando eu soube... eu estava atrasada, na verdade, para fazer os exames, mas ela [enfermeira] se apressou em marcar tudo e então para mim foi tudo bem ... eu não tenho nada que reclamar...” (Caso 4).

A expressão, “mas ela se apressou em marcar tudo” identifica procedimentos técnicos da enfermeira no sentido de adquirir, o mais depressa possível, os exames laboratoriais preconizados para a Gravidez de Baixo Risco, que permitem avaliar a saúde e o bem-estar materno-fetal, durante o 1º trimestre (<13 semanas), conforme previsto na Norma Nº 37/2011, atualizada em 2013. E, quando a grávida acrescenta: “e então para

mim foi tudo bem ... eu não tenho nada que reclamar", deu a entender que a celeridade da enfermeira em tentar resolver a situação foi significativa para ela, como que lhe dando um certo descanso em relação ao seu atraso poder prejudicar o bebê. Assim, em termos de resposta afetiva da grávida ao comportamento da enfermeira, emergiu, de um modo mais explícito, a satisfação pela resolução de uma situação que lhe provocava sensação de negligência face ao bem-estar do bebê, por não estar a cumprir o esquema de vigilância de saúde. E, de um modo mais subtil, a sensação de respeito e compreensão da enfermeira pela sua situação, pelo facto de não transmitir qualquer tipo de desapontamento face aos cuidados de enfermagem relacionados com este incidente.

No entanto, numa explanação mais detalhada da expressão “eu não tenho nada que reclamar” e, no contexto da entrevista para a recolha de dados, a grávida interrompeu o seu discurso, evitando fornecer mais detalhes. Este comportamento cauteloso, foi notório em todas as questões que, de certa forma, pudessem comprometer a sua situação atual, visto se tratar de um casal que, brevemente, poderia ficar numa situação de incumprimento legal no país pela dificuldade em adquirir autorização de residência. Considerando as razões que apontaram para emigrarem para Portugal, no momento, estavam preocupados com a situação instável em que se encontravam. Após solicitação para participação no estudo, a grávida preferiu que a entrevista acontecesse na presença do companheiro e, após terminar a entrevista, dialogando em voz alta com o seu companheiro, diz-lhe que nada do que ali tinha sido dito os poderia comprometer. Este desabafo tornou mais claro os comportamentos, as pausas, as frases curtas e, por vezes neutras, que a grávida foi tendo em determinados assuntos colocados, fortalecendo a visão de que situações de crise ou de conflito, ao longo do processo de migração, comprometem e condicionam as ações dos indivíduos nas diferentes áreas da vida quotidiana.

Assim, tendo em conta, que os indivíduos refletem sobre as suas ações, adequam os comportamentos e o que dizem nos diferentes cenários contextuais em que se relacionam com os outros, no sentido de satisfazerem os seus interesses, receios e necessidades, compreende-se as respostas dadas por esta grávida migrante. O incidente retratado, trouxe contributos importantes na compreensão da influência que as situações de vida das mulheres migrantes grávidas/mães podem exercer nas interações que estas estabelecem com a enfermeira e, que por sua vez, exigem da enfermeira a utilização de estratégias de comunicação eficazes e de competências relacionais para chegar às necessidades individuais da mulher migrante.

Pelo exposto, “Sentindo-se acolhida e compreendida” pode destacar a diferença de comportamentos da enfermeira durante as suas interações com a mulher migrante e a resposta afetiva destas face a esses comportamentos, podendo ser de satisfação, como anteriormente descrito, ou de sentimentos de discriminação, muitas das vezes, associados aos modelos estereotipados para determinadas culturas, tal como manifestou esta grávida migrante brasileira, casada com um português, quando comparou o comportamento de duas enfermeiras que lhe prestaram cuidados:

“Eu gosto muito da enfermeira, estou muito habituada com ela...Eu tive mesmo sorte com ela, porque como eu disse, eu passei por uma situação muito desagradável com outra enfermeira...

(...) acho que a única situação um pouquinho chata que me aconteceu foi com uma enfermeira, mas não foi aqui, enfim...e foi aquela sensação de sentir ‘fogo... poderia ser só um pouquinho melhor... porque é que eu estou aqui... se calhar se eu estivesse no meu país não era assim’...e outras coisas que durante a consulta eu senti que estava muito estampado na cara... eu sei que num modo geral as brasileiras têm a sua fama, infelizmente, mas nem todo o mundo é igual. Foi mais a maneira como estava a falar comigo, e eu percebi porque antes da minha consulta entrou outra pessoa, e não teve como não fazer essa comparação, o atendimento foi diferente” (Caso 13).

Ou, de sentimentos de discriminação durante o atendimento de enfermagem, indo ao encontro dos resultados encontrados a nível europeu (WHO, 2010; Keygnaert et al., 2016), que parecem mais intensos ou mais difíceis de gerir, quando associados à emotividade que caracteriza o período gravidez e pós-natal e à falta de recursos socioeconómicos ou a excesso de trabalho, comuns a muitas das mulheres migrantes que vêm à procura de melhores condições de vida noutro país, como se interpretou do testemunho da mesma participante, ao revelar sentimentos de outras mulheres migrantes durante as interações com a enfermeira:

“...é em relação ao atendimento, eu acho que não dão atenção suficiente... eu já assisti, são duas colegas minhas que tiveram bebé, uma tem um ano e a outra tem seis meses, são duas meninas também, só que muitas vezes eu já vi elas saírem de dentro do consultório em choro por ter sido aquela indiferença... É como lhe digo, estão mais sensíveis, estão com certeza...

Sim, durante a gravidez, e agora até mesmo com consultas da bebé e com ela própria... infelizmente ainda existe isso, muito.” (Caso 13).

Ainda no âmbito deste código, a resposta afetiva à atitude da enfermeira reflete-se numa das necessidades mais sentidas pelas mulheres durante o período da gravidez e a fase inicial do pós-parto, sendo esta a necessidade de esclarecimento de dúvidas, especialmente, em relação ao bem-estar do feto ou bebé. Neste sentido, a mulher migrante, independentemente da sua experiência, informação e práticas culturais no âmbito da gravidez/maternidade, procura esclarecer as suas dúvidas junto dos profissionais de saúde – a enfermeira. Por sua vez, o sentir-se esclarecida e confiante na informação recebida, permite perceber que a resposta afetiva depende do modo como a enfermeira utiliza as suas competências relacionais, técnicas, comunicacionais e, aditasse aqui, as competências interculturais, por se identificarem na especificidade de cada um destes relatos:

“ela explicava as coisas simples, às vezes o médico falava que era assim e assim, mas eu chegava lá e ela explicava as coisas de uma forma tão mais fácil de entender, que eu percebia logo e pensava “também não é nada do outro mundo...” (Caso 8);

“fui falando com a enfermeira, e então ela disse-me e me aliviou e me deixou mais tranquila...então eu estava a ver isso da toxoplasmose e pensei ‘bem... isso é mais grave do que eu pensava’, mas depois falando com a enfermeira, ela me tranquilizou ‘não... não é bem como a internet diz.’” (Caso 3);

“a gente chega sempre com dúvidas, a gente depois fala tudo e fica muito mais descansada.” (Caso 5);

“Eu como muito pouco, tenho pouca vontade de comer e cada vez que venho à consulta pesar, peso pouco. Isso preocupava-me muito e eu falava com ela, mas ela dizia que não havia problema porque o bebé está a desenvolver bem, mas eu ficava muito preocupada, será que está tudo bem com o bebé lá dentro... e também com a ecografia, que ela é que tinha que explicar. Mas ela dizia que está tudo bem e eu ficava sempre mais segura. Quando eu comecei a caminhar eu sentia mesmo o bebé aqui em baixo, mas nessa altura é normal porque o bebé já está aqui em baixo. Foi mais isso, essa foi a minha preocupação durante a gravidez. Eu queria saber como estava o bebé e ela sempre me explicava que estava bem.” (Caso 18).

A procura de esclarecimento de dúvidas em relação a si própria, durante a gestação, são menos frequentes, exceto se estiver em causa o bem-estar fetal. Este comportamento da futura mãe, também comum nos primeiros tempos após no nascimento

do bebê, pode ter a sua origem fatores de ordem cultural, onde o bem-estar, a saúde e a segurança da criança sobrepõem-se às necessidades maternas.

O código focal “Sentindo-se reconhecida” indaga sobre o modo como as participantes do estudo procuravam a ajuda da enfermeira em relação às necessidades sentidas em relação a si próprias, sendo descrito tanto na resposta afetiva ao interesse demonstrado pela enfermeira em conhecer o nível de bem-estar e de conforto da mulher:

“...pergunta se está tudo bem, se estou bem-disposta,” (Caso 1; Caso 6);

“Perguntam se eu estou bem, se sinto desconfortos, e eu digo quando me sinto mal... eu já disse a ela para ver a minha vagina, e ela disse que eu não tenho nada... as análises de sangue estão todas bem... ela diz que é coisas de gravidez, e que está tudo bem...” (Caso 17).

Como na resposta afetiva ao comportamento da enfermeira, após se exteriorizar as necessidades sentidas, como se percebe no incidente descrito por estas migrantes, relacionado com decidir manter ou não a gravidez:

“Quando eu tive esta gravidez, eu tive dúvidas se eu queria ou não, fui a uma farmácia e pedi apoio e mandei fazer um teste. Eu não acreditei, mas ela disse que eu estava grávida já fazia uma semana. Depois eu vim cá ao centro de saúde e vim fazer uma consulta e depois escutei a enfermeira... ela começou a conversar comigo e fez-me o tratamento e o papel para a análise para eu ir fazer as análises. Depois quando fui à clínica fazer análises apanhei uma enfermeira, conversei com ela e disse-lhe: ‘vou perguntar à senhora uma casa e a senhora não leve a mal... se eu pedir à senhora para me ajudar a tirar essa gravidez, a senhora aceita?’ e ela disse: ‘não, que te quero como minha filha, sejas mulata ou preta e eu não te aconselho a fazer isso’... e eu fiquei em dúvida, mas depois ela conversou comigo, deixou-me na sala dela para eu pensar e eu acabei por ficar com a gravidez. Agora já aceito e se eu tirasse ia ficar triste, e aceito qualquer dia ter mais um e podia ser pior..., mas como ela conversou comigo ela ajudou-me a pensar, decidi, fiz exames e foi importante. Hoje estou com o meu filho e vou ter o meu filho.” (Caso 21);

“Eu vim aqui falar com o outro enfermeiro, e depois eu disse: ‘eu não queria ter este filho porque eu queria esperar’... e depois ele disse: ‘mas porquê?’ e eu disse: ‘porque eu não quero, porque agora está muito difícil’ e ele disse-me: ‘olhe, tem que pensar bem, fala com o teu marido’ e eu disse: ‘eu já falei com o meu marido’ e ele disse: ‘se quer ter, tem.’”

Sim, é importante porque às vezes a pessoa faz as coisas com a cabeça quente e depois fica arrependida... e depois eu pensei a outra já é mais velha, Graças a Deus o meu marido está a trabalhar e eu também estou a trabalhar... olha eu vou ter este filho, mas estava a pensar em menino e agora apareceu uma menina.” (Caso 20).

Pelos relatos descritos, “Sentindo-se reconhecida” também torna representativo a necessidade de se sentir valorizada na sua emotividade, especialmente quando a gravidez, mesmo quando desejada, não acontece num contexto social e económico favorável ou, quando não satisfaz os motivos que levaram as mulheres ou casais a migrar, conforme se pôde apreciar na categoria VIVENDO COMO MIGRANTE.

Assim, constatou-se que os momentos de interação entre a mulher migrante-enfermeira durante a vigilância da gravidez ao pós-parto, também se tornaram momentos de partilha de sentimentos e de preocupações da vida quotidiana, especialmente, na presença de uma frágil ou ausente rede de apoio social e familiar.

Por sua vez, sentimentos de tristeza foram manifestados perante a falta de apoio social próximo e quando a comunicação interpessoal que foi sendo estabelecida com a enfermeira não proporcionava este tipo de partilha, conforme revelou esta migrante guineense, quando a questão colocada a faz refletir sobre os assuntos que realmente abordava com a enfermeira durante a vigilância pré-natal:

“Eu sinto-me muito triste e como não tenho ninguém para me explicar...[com um olhar triste e resignado...] Não... por acaso nunca pensei... [falar com os enfermeiros sobre os seus problemas do quotidiano] (Caso 17).

Sentindo a falta de emotividade nos cuidados de enfermagem, especialmente quando não se tem a experiência na maternidade, como revelou esta migrante senegalesa, atribuindo valor significativo ao apoio emocional que caracteriza os cuidados de enfermagem no seu país:

“lá para mim... eu não estou a dizer mal... eu gosto daqui também, mas para mim lá, o apoio que elas estão a dar lá é melhor... elas não têm dinheiro, não têm medicamentos para dar, mas elas têm essas coisas para falar, do coração, elas querem ajudar o que é muito bom. Aqui eu me lembro que no hospital, a minha barriga estava mesmo para baixo e elas não ajudaram para eu saber ... eu nem sabia...

Depois quando saí de lá eles não me deram nenhum medicamento para nada, nem para as dores e quando eu cheguei aqui a minha irmã estava cá e ela me disse para comprar Betadine para lavar e aliviou...

Só houve uma [enfermeira] que me mostrou como dar de mamar ao bebê... a mama estava assim na cara e chamou o médico e ele disse para eu tirar... e ela escreveu uma coisa para eu começar a dar de biberão logo porque era muito grande na cara do bebê e ele não conseguia respirar, mas depois quando eu cheguei a casa eu dava de mamar com a minha irmã, eu fazia isso junto com a minha irmã.

Lá no hospital o enfermeiro veio mostrar como dar banho ao meu filho e acabou-se, já não voltaram mais para me mostrar, foi só uma vez... Uma pessoa que é a primeira vez que tem bebê... Era para fazer uma vez, duas vezes ou três vezes e até ver como é que eu estou a dar banho e essas coisas e elas não me fizeram isso...” (Caso 6).

Comparando este incidente com o anteriormente no código “Receando a censura”⁵⁶, percebe-se que o limitar-se a ouvir a enfermeira e falar apenas quando questionada são comportamentos reativos, que têm por base experiências pouco gratificantes em relação aos cuidados de enfermagem, tal como a falta de orientações de enfermagem para o regresso a casa após o nascimento do seu primeiro filho. No âmbito da saúde materna, a resposta às necessidades pessoais da mulher torna-se fundamental para o bem-estar da própria mulher, mas também pela sua influência no bem-estar e desenvolvimento saudável da criança, nomeadamente em tudo o que envolve a vinculação mãe-filho (Kennel, 2005).

Uma outra forma de se mostrar a importância da enfermeira estar atenta e disponível para as necessidades pessoais da mulher migrante, surgiu quando só eram considerados assuntos pessoais a abordar com a enfermeira os que estavam associados a doenças ou problemas de saúde. Voltando aos dados, os assuntos pessoais eram vistos como confidências relatadas às amigas: *"Podia perguntar minhas amigas."* Mas se a mulher ou o seu companheiro tivessem algum problema de saúde relacionado com a sua vida sexual, então já se podia falar com a enfermeira ou com o médico: *"Tem problema, fala. Tem de ser bem claro, não é?(...) Não tem de andar escondido"*. (Caso 11).

Pelo exposto, depreende-se que, no âmbito da vivência de uma sexualidade plena durante a maternidade, apenas os problemas de saúde seriam tema a falar com a enfermeira, ficando de parte todos os aspetos de reajuste e adaptação ao nível psicológico e sociocultural a que cada um dos membros do casal, na sua identidade pessoal, estão sujeitos durante a gravidez e nos primeiros tempos após o parto.

⁵⁶ Código afeto ao código focal “Respeito mútuo” que integra a categoria a PROCURANDO COMUNICAR.

Com efeito, na prática de enfermagem os relacionamentos afetivos entre a enfermeira-clientes dependem da qualidade da comunicação interpessoal estabelecida entre os intervenientes e, de acordo com Watson (1985) citada por Potter e Perry (2014, pp. 325-326) a enfermeira durante a relação interpessoal expressa afeto ao: “Tornar-se sensível a si e aos outros; Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos; desenvolver relações de diligência-confiança; incutir fé e esperança; promover o ensino e aprendizagem interpessoal; proporcionar um ambiente de apoio; ajudar na satisfação das necessidades humanas”.

Num encadeamento integrador das componentes que caracterizam as duas categorias até agora descritas, percebe-se a presença de alguns dos aspetos anteriormente mencionados. Cientes da importância da relação de ajuda na prática clínica da enfermagem e, particularmente da enfermagem materna, corrobora-se com Arnold & Boggs (2011) quando consideram as relações terapêuticas promotoras de um clima psicológico que facilita a mudança positiva e o crescimento pessoal, especificando Stuart (2009), que a relação terapêutica visa o crescimento pessoal do cliente, em conformidade com a sua identidade pessoal, a capacidade de satisfação das suas necessidades em saúde e alcançar objetivos pessoais (Arnold & Boggs, 2011; Stuart, 2009 citados em Potter & Perry, 2014, pp. 329-330).

Neste sentido, afigura-se pertinente enquadrar um outro elemento da comunicação profissional – a Assertividade. O comportamento assertivo da enfermeira descrito por Stuart (2009) e Townsend (2009), como um comportamento que inclui “...o contato visual intermitente; a comunicação não verbal, que reflete o interesse, a honestidade e a escuta ativa; respostas verbais espontâneas com uma voz confiante; e o uso culturalmente sensível do toque e do espaço.” (Stuart, 2009; Townsend, 2009 citados em Potter & Perry, 2014, p. 332).

De acordo com Townsend (2009), os indivíduos com comportamentos assertivos gerem as suas vidas de forma mais eficaz. “Respostas assertivas contêm mensagens como ‘Eu quero’, ‘Eu preciso’, ‘Eu acho’ ou ‘Eu sinto’.” (Townsend, 2009 citado por Potter & Perry, 2014, p. 332). Mensagens estas que foram sendo evidenciadas nos dados, quer por fazerem parte do comportamento da própria mulher migrante ou porque foram promovidas durante a interação com a enfermeira.

Em suma, a interação entre a enfermeira-mulher migrante pode proporcionar a confiança para a partilha e ajuda na tomada de decisão esclarecida e concertada perante

situações delicadas, onde a percepção do humor da enfermeira e da sua presença próxima durante os cuidados em articulação com as ações implementadas pela enfermeira, obtém como resposta da mulher migrante sentimentos de acolhimento, compreensão e reconhecimento.

Todavia, os dados analisados foram mostrando que PROCURANDO COMUNICAR e A RESPOSTA AFETIVA DA MULHER À ATITUDE DA ENFERMEIRA também estavam relacionados com o valor atribuído à informação e/ou orientação que recebiam da enfermeira ao longo da vigilância pré-natal, no parto e no período pós-parto, fazendo emergir a categoria que se aborda de seguida.

3.5 ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA

As expectativas relativas aos cuidados de enfermagem na maternidade foram surgindo a partir da reflexão das participantes sobre as suas experiências anteriores, tanto no que diz respeito às aprendizagens adquiridas, como em relação aos interesses e necessidades sentidas. Esta reflexão permitiu-lhes serem mais objetivas nos aspetos que decidiram descrever sobre os cuidados de enfermagem prestados na experiência atual.

Da análise dos dados, ficou compreensível que, o que é esperado da enfermeira por estas mulheres migrantes, tem subjacente os seus próprios conhecimentos, aprendizagens e costumes. Neste sentido, a categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, integra os comportamentos de saúde socializados pelas participantes, em que os cuidados de enfermagem são percecionados como ações no âmbito da promoção e manutenção da saúde, onde o valor atribuído varia de acordo com as necessidades sentidas nas situações com que se deparavam. Com estas bases interpretativas, emergiu uma rede de códigos interligados dinamicamente, que deram a perceber como a mulher migrante caracteriza a informação, orientações ou conselhos que recebeu da enfermagem durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e primeiros tempos da maternidade.

O esquema que se ilustra de seguida (Figura 10), procura expor duas dimensões que se influenciam reciprocamente durante a interação entre enfermeira-mulher migrante, uma delas direcionada para o *background* da mulher migrante e a outra para as atitudes e

ações da enfermeira, obtendo-se como resultado o valor atribuído à informação e orientações de enfermagem.

Códigos: "Um ato fundamentado ajudando a refletir no que se acredita como correto"	Código focal: "Diferenciando a sua experiência da orientação dada pela enfermeira"	Categoria: ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA
Códigos: "O CPP como momentos de aprendizagem e de planeamento" "A enfermeira explica e clarifica" "Valorizando informação complementar à consulta de enfermagem" "A informação da enfermagem em complementaridade à médica" "Contribuindo para a aquisição das competências maternas"	Código focal: "Escolhendo as enfermeiras como fonte de informação"	
Códigos: "Clarificando com a enfermeira a informação obtida por outras fontes"	Código focal: "Confiando na informação das enfermeiras"	

Figura 10. Representação esquemática da categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA e códigos agregados

Dando início à explanação pelo código focal "Diferenciando a sua experiência da orientação dada pela enfermeira", torna-se pertinente recordar os aspetos inerentes à categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, nomeadamente os que integram as subcategorias *Manifestando a influência cultural de origem* e *Identificando significados à assistência de saúde materna portuguesa*, como que visualizando um pano de fundo influenciador das particularidades que integram este código. Em jeito de síntese, a mulher migrante transporta para a interação que estabelece com a enfermeira conhecimentos, práticas e experiências adquiridas no âmbito da maternidade, inscritas em valores, costumes, rituais e crenças, muitas das vezes, transmitidos de geração em geração pelas mulheres das famílias mais tradicionais (Williams, 1999; Kennel, 2005; N. Ramos, 2006, 2012). O confronto com o cuidado profissional de enfermagem poderá influenciar positivamente e conduzir novas ações cuidativas ou, no seu oposto, poderá desencadear discordâncias e dúvidas na mulher migrante.

“Diferenciando a sua experiência da orientação dada pela enfermeira” foi interpretado como uma forma da mulher migrante gerir e adaptar-se aos comportamentos de saúde implementados na nova sociedade, expressa na distinção entre o que realmente considerava importante manter dos seus costumes e a adesão aos novos procedimentos orientados pela enfermeira.

Se comparado com o que a caracteriza as subcategorias anteriormente descritas, o que se extraiu para esta codificação foi o significado atribuído à informação e/ou orientações transmitidas pela enfermeira, durante a vigilância da gravidez até aos primeiros tempos de maternidade e o valor atribuído ao modo como a transmissão foi realizada, ambos promotores da compreensão, aceitação e adesão aos novos comportamentos/procedimentos, como clarificou esta migrante brasileira, ao comparar a sua experiência com os cuidados de enfermagem que usufruiu num serviço de obstetrícia, após o nascimento do seu filho:

“...eu já estava habituada a fazer essas coisas porque fazia com os meus sobrinhos... não é igual ao que os enfermeiros explicam, porque é tudo muito mais delicado e a gente faz de qualquer jeito...a gente fazia lá sem pensar muito no que estava a fazer, e aqui não, eles explicam direitinho tudo, inclusive quando eu fui lá dar banho ao meu filho no hospital ele disseram-me ‘calma lá... não é assim, é com delicadeza...’ então, eles explicam com muita delicadeza. Só que a gente no Brasil vive assim desse jeito e as crianças são saudáveis e fortes, só que agora tem maneiras diferentes.” (Caso 5).

Patenteia-se neste discurso a importância atribuída ao modo delicado com que a enfermeira exemplifica à mãe os cuidados ao bebé.

Conciliando com o saber científico, no âmbito da enfermagem materna, este código é sugestivo de um cuidado de enfermagem centrado na grávida/mãe, no sentido de aquisição de competências para a consecução do papel maternal (Mercer, 2004) e, deste modo, promover o bem-estar, segurança e adequado desenvolvimento da criança e a satisfação materna. Assumindo-se, deste modo, o cuidado de enfermagem como um processo interativo entre enfermeira-cliente, onde através de uma relação de ajuda e formas de atuação em parceria com cliente, respeitando as suas capacidades e na valorização do seu papel “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro

onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.” (OE, 2001, p. 10).

O código “Um ato fundamentado ajudando a refletir no que se acredita como correto”, numa relação muito próxima ao código anterior, levou a sugerir que a qualidade de informação e/ou orientação da enfermeira junto da mulher migrante quando transmitida por comunicação eficaz, promove a mudança de situação de saúde, o conforto e o bem-estar da mulher migrante, assim como a confiança nos cuidados recebidos.

Reportando aos dados, esta migrante cabo-verdiana, com alguns anos de adaptação à sociedade portuguesa, exemplifica com uma situação comum ao nível da maternidade de como a utilização de estratégias que conduzam ao confronto entre o comportamento aprendido e considerado correto e o conhecimento de outros comportamentos/procedimentos podem conduzir a mudanças de comportamento:

“Bem, hoje em dia fazem muita formação e dão muitas explicações durante a gravidez, então eu acho que isso ajudava um pouco... se apostassem nisso e disponibilizassem mais palestras...porque por mais que nós achemos que sabemos as coisas, há sempre algo que nos contraria, porque nós acreditamos que é melhor dar mama deitada, e depois quando nós ouvimos que dar de mamar deitada é um bocado desconfortável para o bebé, por exemplo, então, isso acaba por nos fazer refletir um bocado sobre o que nós acreditamos...” (Caso 3).

Numa visão oposta, a insatisfação face aos cuidados de enfermagem ao bebé, praticados ao nível hospitalar, podem dificultar a aceitação de determinados procedimentos de promoção da saúde, ou porque não são comuns no seu país ou, mesmo, por desconhecimento por parte da mulher migrante, como se percebeu no testemunho desta jovem migrante guineense:

“Por acaso eu não queria que fosse lá, queria que fosse noutro sítio. Eu não gostei da situação dali...Sim, na maternidade...primeiro levaram-na, pegaram nela e levaram para fazer análises... ela [enfermeira]levou-a e eu ia sempre atrás dela e ela disse: não se preocupe... eu não a vou levar... eu vou já trazê-la...; depois eu fiquei um bocadinho chateada com aquele sinal porque pensei que tinham feito aquelas análises mal, mas depois eu fui perguntar à minha colega e ela disse que qualquer criança que nasce cá fica com aquele sinal...[referindo-se ao local da vacina da BCG]” (Caso 17).

Ao se refletir sobre estes dois incidentes, ambos se aproximam de comportamentos comuns a qualquer mulher, sendo esta autóctone ou pertencente a outra

sociedade e/ou com outros costumes. Contudo, no âmbito do ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA e dando especial atenção ao último incidente, as ações da enfermeira que não sejam realizadas em parceria com a mulher migrante podem provocar insegurança ou uma má interpretação do ato de enfermagem. Ao se articular estes achados com a discriminação sentida, a falta de emotividade conferida à atitude da enfermeira ou a barreira da língua, considera-se que, na relação interpessoal enfermeira-mulher migrante todas estas condições podem funcionar como obstáculos/condicionantes na vontade ou decisão da mulher em valorizar a informação transmitida pela enfermeira, podendo influenciar negativamente na aquisição de competências maternas.

Em concordância com a perspectiva de Costa (2009), numa investigação especialmente centrada no cuidado de enfermagem às pessoas idosas, mas que transmite o sentido de cuidado de enfermagem que se interpretou com esta codificação “...ação humana, profissional, entra em sintonia, pela compreensão, com os desejos, as emoções e sentimentos da pessoa cuidada. O seu universo é o da descoberta do outro, o da restituição do sentido da vida, do bem-estar, da saúde.” (p. 4).

Cria-se assim, um elo de ligação com o código “Escolhendo as enfermeiras como fonte de informação”, pelo valor atribuído à qualidade da informação dada pela enfermeira, durante os cuidados maternos, classificando-a com expressões como: *"Eu acho que fui bastante bem informada..."* e pela referência à eficácia das intervenções da enfermeira durante a vigilância da gravidez: *"a enfermeira em si, ela faz muito bem o trabalho..."* (Caso 4).

Mas, também, pelo modo claro e simples de se transmitir a informação sobre uma aprendizagem já um pouco esquecida pela mulher migrante:

"...a facilidade de elas nos explicarem as coisas, a minha filha já nasceu há oito anos. Há oito anos eu nunca mais me lembrei que ter um filho é assim... e como já não queria mais, acho que tentei apagar muita coisa do bebé e de grávida... e a enfermeira estava sempre aí, explicava..." (Caso 8).

Ou, quando a informação recebida por outro profissional da saúde não era completamente entendida, como revelou a mesma participante:

"ela explicava as coisas simples, às vezes o médico falava que era assim e assim, mas eu chegava lá e ela explicava as coisas de uma forma tão mais fácil de entender, que eu percebia logo e pensava 'também não é nada do outro mundo...' " (Caso 8).

Um outro modo interpretar a escolha da enfermeira como fonte de informação, foi através da importância dada ao Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP), ministrado por enfermeiras, percebidos como momentos de aprendizagem e de preparação para o nascimento do bebé.

Pela análise dos dados, entendeu-se que o CPPP poderia colmatar preocupações individuais, relacionadas com o ambiente onde o parto iria ocorrer para que a mulher migrante se pudesse adequar a um novo espaço e cooperar no nascimento do seu filho, como se percebeu no discurso desta migrante santomense:

“Sim, ajudou. Ajudou porque também já estou noutra país, para saber mais coisas... visitas... [visita ao bloco de partos do hospital de referência] e essas coisas...” (Caso 18).

Este testemunho, se por um lado, traduz o valor do leque de questões que podem afetar a grávida/casal/família no percurso de uma gravidez, parto e transição para a parentalidade, questões para as quais a enfermeira/profissionais de saúde devem dar resposta individualizada. Por outro lado, visando o aumento de competências maternas e paternas e o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho, a educação para a saúde favorece a intervenção pró-ativa da enfermeira/profissionais de saúde no âmbito da enfermagem de saúde materna, onde os CPPP, também denominados de Cursos de Preparação para o Nascimento (CPN), se evidenciam como uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez (DGS, 2015a).

Em Portugal, o parto ocorre maioritariamente em meio hospitalar e de acordo com dados recentes do INE, no ano 2017, num total de 85.289 partos, 99,29% (84.684) ocorreram em estabelecimentos de saúde⁵⁷, num ambiente em que é assegurada uma assistência por profissionais de saúde qualificados (DGS, 2015a).

A visita ao local, onde se prevê que venha acontecer o nascimento do bebé, é uma das atividades incluídas nos CPPP, no sentido de se proporcionar à grávida/casal alguma familiaridade com o meio hospitalar/maternidade, que poderá ser desconhecido, ajudando no esclarecimento de dúvidas, desmistificando mitos, preconceitos e tabus, reduzindo medos e ansiedades e contribuindo para que o nascimento se torne mais real (DGS, 2015b;

⁵⁷ Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA (Última atualização: 2018-12-14). Partos: total e em estabelecimentos de saúde. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>

Batista & Pereira, 2016). Assim, como se torna uma modalidade promotora de interações positivas com os profissionais de saúde (Batista & Pereira, 2016).

As participantes que realizaram o CPPP reconheceram como importante a informação e a aprendizagem conseguida. Entre as que não conseguiram participar nesta modalidade, procuraram usufruir do conhecimento adquirido por outras gestantes, considerando que perderam uma oportunidade de aquisição informação/aprendizagem sobre assuntos da maternidade, como revelou esta migrante brasileira:

“... essa amiga minha que eu estava a falar antes, no Centro de Saúde onde ela estava a ser assistida, lá tem um curso de preparação para o parto, eu por acaso não tive, mas tive informações que ela me passou e com certeza passaria para uma amiga, porque foi muito útil, foi muito válido...”

Sim, foi pena, porque ela teve e as coisas que ela me falou... uma coisa que eu não sabia, porque eu achei que se eu estava sendo assistida, sendo transferida para Vila Franca, eu só poderia ter o filho em Vila Franca, e ela me disse que não, que qualquer hospital, se eu estivesse saindo de viagem, por exemplo, ele poderia nascer em qualquer lado, e isso eu não sabia... e eu saía meio aflita (...) e isso eu acho importante, isso eu acho bom... entre essas coisas que ela me disse, das dicas que ela me deu (...) eu percebi que sim, que ajuda muito mesmo, é muito esclarecedor.” (Caso 7).

A mesma participante, dá seguimento ao assunto questionando a equidade dos cuidados pré-natais oferecidos em diferentes contextos de saúde, dizendo:

“... eu acho até engraçado, porque houve algumas amigas que foram assistidas no mesmo lugar e elas receberam dicas de coisas que eu não recebi. Eu percebi que isso por vezes acontece com umas e não com outras. Isso, eu acho que devia ser padrão. A mesma assistência, a mesma coisa que eu digo para você, tem que ser feito para todas. Eu digo isto porque por exemplo, há uma lista de coisas que deveriam ter-me dito, um exemplo, uma amiga minha que teve bebé lá, ela conheceu a maternidade, e ela achou estranho que eu não conheci, ou seja, ela teve uma assistência de uma coisa que eu não tive, então, porque é que isso acontece com uma e não acontece com todas...? E não foi ela que pediu, eles é que chegaram e mostraram e deram umas dicas, e conversaram sobre algumas coisas antes de ela ter o bebé, e eu lá não tive isso.” (Caso 7).

Situando a situação anteriormente apresentada numa visão atual de continuidade de cuidados pré-natais, no parto, puerpério e infantis, onde o avanço da qualidade de cuidados nacionais conseguido nas últimas décadas (DGS, 2015a), alinhado com o eixo

estratégico do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão 20 - *Equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde*, que propõe diversas intervenções que conduzam à igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde e maximizar os ganhos em saúde, nomeadamente através da “*Integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.*” (DGS, 2015b, p. 15). Constatase assim, que a equidade dos cuidados pré-natais não é conseguida na sua plenitude nos diferentes contextos de saúde portugueses, continuando a exigir-se um esforço sustentado dos diferentes setores (público, privado e sociedade) com impacto na saúde, para que haja ganhos em saúde ao nível da saúde materna e obstétrica.

Por outro lado, mesmo considerando que a permuta de informação entre as grávidas/mães é uma mais valia em determinadas situações, também se reconhece que é através de uma assistência de saúde qualificada que se consegue promover comportamentos de saúde favorecedores do bem-estar e saúde materno-fetal e reduzir riscos em saúde.

Com efeito, ao se pretender a melhoria no acesso aos cuidados de saúde da grávida/mãe/criança/família, reconhece-se a importância de serem disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado. Mais precisamente, quando uma das recomendações do PNS 2020 incide no “*Reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e aos medicamentos*” (DGS, 2015b, p. 16), onde se poderá incluir a mulher migrante que enfrenta dificuldades socioeconómicas e de adaptação à sociedade de acolhimento, na linha de recomendações expressas pela WHO Regional Office for Europe (2018).

O acesso ao CPPP também se mostrou dificultado pela entidade patronal, que em situações de insegurança em manter o emprego pela necessidade de sustento da família, mesmo que se ache importante realizar esta atividade, opta-se por não o fazer:

“Eu acho que, principalmente quando se está grávida, as aulas que eles dão...mas eu não fui a isso, porque na altura estava a trabalhar, e eu não fui porque o meu patrão também não me deixava, não dava para faltar... eu só perdi essa parte.” (Caso 10).

Comparando com o código “Sentindo-se insegura como imigrante”⁵⁸, reforça-se a vulnerabilidade da mulher migrante em usufruir dos mesmos direitos da população autóctone, mesmo sabendo que a legislação portuguesa no que diz respeito às Leis da Maternidade e da Paternidade atribui dispensa para consultas pré-natais e sessões de preparação para o parto, como consta nos Artº 39º da Lei 99/03 de 27/08⁵⁹ e Artº 72º da Lei 35/04 de 29/07⁶⁰.

“Escolhendo as enfermeiras como fonte de informação” também se refletiu como uma informação em complementaridade à informação e/ou orientação médica e como uma informação que poderia ser reforçada com folhetos informativos: *“Acho que podia ser... não tem folhetos que poderiam dar? [temas sobre a gravidez e sobre o bebé] É melhor por escrito, porque assim quando surgir a dúvida, vou lá pesquisar...”* (Caso 16).

No entanto, a barreira da língua, particularmente na leitura da língua portuguesa e quando o nível de escolaridade é mais baixo (equivalente ao 1º ou 2º ciclo do ensino básico), a informação complementar à fornecida pela enfermeira, também não se torna tão eficaz se não houver um esclarecimento prévio sobre a informação contida nos folhetos fornecidos, como deu a perceber esta migrante cabo-verdiana:

“Sim, é um bocado, porque eu já passei e passo muitas vezes por isso. Por exemplo, entregam um folheto a explicar muitas coisas, só que como está em português, o português é que é a dificuldade...E explicar porque há palavras que as pessoas não sabem, podem saber de forma diferente, mas o que está lá escrito é que...” (Caso 3).

A falta de informação também foi sentida por algumas das participantes, sendo este reverso da situação um reforço da importância e da qualidade da assistência de enfermagem durante a vigilância da gravidez, parto e pós-parto, usando o testemunho deste jovem casal (migrante brasileira e companheiro português), ao darem ênfase a um tipo de informação que nas circunstâncias de vida em que se encontravam teria sido vantajosa:

⁵⁸ Código agregado à subcategoria *Gerindo o quotidiano*, na categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE.

⁵⁹ Lei n.º 99/2003 de 27 de agosto, Artigo 39.º: **Dispensas para consultas, amamentação e aleitação:** 1 - A trabalhadora grávida tem direito a dispensa de trabalho para se deslocar a consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários e justificados. (...)

⁶⁰ Lei n.º 35/2004 de 29 de julho, Artigo 72.º: **Dispensa para consultas pré-natais:** 1 - Para efeitos do n.º 1 do artigo 39.º do Código do Trabalho, a trabalhadora grávida deve, sempre que possível, comparecer às consultas pré-natais fora do horário de trabalho.; 2 - Sempre que a consulta pré-natal só seja possível durante o horário de trabalho, o empregador pode exigir à trabalhadora a apresentação de prova desta circunstância e da realização da consulta ou declaração dos mesmos factos.; 3 - Para efeito dos números anteriores, a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

“Outra coisa que nunca ninguém nos informou é como é que escolhemos o hospital, se podemos ir para qualquer um, se não podemos... As Enfermeiras, por exemplo. [referiu o companheiro] E os médicos... [complementou a grávida]. As enfermeiras principalmente, porque elas é que estão lá... [reforçou o companheiro]” (Caso 16).

Por fim, numa conjugação com a codificação descrita das categorias PROCURANDO COMUNICAR e A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, a qualidade da informação, orientação ou aconselhamento realizado pela enfermeira durante as interações com a mulher migrante, contribuíram para a aquisição das competências maternas, como revelou esta migrante brasileira, ao se situar na vigilância da gravidez:

“Assim tem-se a possibilidade de tirar dúvidas, não precisa sair desesperada a correr para o hospital para saber o que se está a passar. O facto de poder vir aqui de duas em duas semanas e poder esclarecer, porque elas esclarecem muitas coisas em que se tem dúvidas, isso facilita muito para nós que somos mães de primeira viagem... isso é uma assistência muito boa.” (Caso 7).

E, após o nascimento da criança, quando se inicia o exercício da maternidade onde as primeiras práticas cuidativas ao bebé e à própria mulher após o parto, exigem da enfermeira estratégias de intervenção que conduzam à autonomia mãe/parental/família, como deu a entender esta migrante:

“Depois me explicaram mesmo lá no hospital e me explicaram assim ‘se é com água da torneira, você tem que ferver uns minutos, mas se é com outra água já pode dar’... Depois ferver os biberões, e eu fervia, lavava e depois fervia tudo...” (Caso 17).

Deste modo, os dados foram sugerindo a codificação “Confiando na informação das enfermeiras”, percebendo-se como algo conseguido num processo de interação entre a enfermeira-mulher migrante ao longo da vigilância da gravidez, como referenciou esta migrante santomense:

“Senti-me à vontade a falar dos meus problemas com ela e deu-me sempre uma solução para eu saber como resolver. Tudo o que eu sentia que fosse algo de mau eu sabia que podia falar com ela, falava e ela me dava a resposta.” (Caso 18).

No relato supracitado, subentende-se que a enfermeira utiliza a experiência profissional para facilitar o à vontade da mulher migrante e a partilha das suas necessidades, dúvidas e problemas com a enfermeira. Mas, também sugere uma

continuidade de cuidados com a mesma enfermeira, que de certa forma, poderia ter influenciado a aquisição desse à vontade em se expressar. Contudo, a frequência com que obteve resultados satisfatórios no esclarecimento das dúvidas, também pode ser visto como principal razão para se confiar nas orientações da enfermeira.

Justifica-se esta exposição, com dados que dão a perceber a confiança na informação fornecida por um profissional de enfermagem e não tanto numa determinada enfermeira como se percebeu do testemunho desta migrante santomense:

“Com a enfermeira também, no centro de saúde do Lumiar ou em qualquer sítio onde eu já morei, até chegar aqui eu sei que me vão dar as respostas.” (Caso 21).

Ou, pelo testemunho desta migrante angolana, que teve a sua primeira experiência de gravidez em Londres, sendo esta afirmação o resultado de uma conjugação de duas experiências com cuidados de enfermagem:

“Eu acho que se tiver alguma dúvida pergunto sempre à enfermeira”. (Caso 22).

“Confiando na informação das enfermeiras”, articulado com a utilização da experiência profissional da enfermeira, também foi observado pelo esclarecimento antecipado das dúvidas que se pretendia abordar com a enfermeira: *“Eu às vezes vou com a ideia de perguntar, mas ela já explicou e assim já não tenho dúvidas.”* (Caso 1), ou por uma informação prévia dos acontecimentos do percurso da gravidez, nomeadamente a continuidade dos cuidados pré-natais ao nível hospitalar: *“Já, mas na próxima vai falar mais sobre isso. Já vai dar-me os papéis e vai falar o que é preciso para estar preparada...”* (Caso1). Ambas as intervenções da enfermeira se mostram promotoras da confiança da grávida em relação aos cuidados pré-natais recebidos, que na especificidade de uma mulher migrante, favorecem a aceitação e adesão às orientações que lhe são transmitidas e a adequada vigilância da gravidez, pela informação prévia da continuidade da assistência de saúde.

E, como última particularidade representativa do código “Confiando na informação das enfermeiras”, apresenta-se o código agregado “Clarificando com a enfermeira a informação obtida por outras fontes”, onde a informação da enfermeira clarifica ou serve de filtro do leque de informação que pode ser conseguido pela internet, focalizando para a situação de saúde concreta:

“Como estou na internet e tiro tantas coisas acabo sempre por me perder..., mas sempre que pesquiso algo e eu chego à enfermeira e ela me passa a mesma informação, acaba por ficar mais claro...” (Caso 3);

“Sim, porque eles é que conhecem o meu caso... posso ser diferente de outras grávidas... [refletindo sobre a informação adquirida na internet e a que recebe dos profissionais de saúde]” (Caso 16).

E, porque é um modo de a gestante/mãe manter-se segura e confiante ao longo do processo da gravidez e maternidade, como revelou esta migrante sobre a sua opção:

“Eu perguntava muito aos enfermeiros na altura das consultas porque a gente pergunta a outras pessoas e cada um fala uma coisa diferente e cada um tem uma maneira de fazer diferente, ‘com o meu filho eu fiz assim...’ e isso acaba por baralhar a cabeça da gente.” (Caso 5).

Com a descrição analítica das propriedades que caracterizam a categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, alcança-se um conjunto de códigos que possibilitam a resposta à questão de investigação: Qual a perspectiva da mulher migrante sobre a interação que estabeleceu com a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto?

Caminha-se, assim, para a categoria central do estudo, que culmina todo o processo interpretativo dos dados adquiridos dos discursos das mulheres migrantes participantes do estudo.

3.6 CONSTRUINDO A CONFIANÇA

Ao longo do processo de análise, a vulnerabilidade da mulher migrante foi surgindo no seu percurso de vida como migrante, através da compreensão das suas experiências nas diferentes dimensões que fazem parte da vida quotidiana, como sejam condições socioeconómicas, ambientais, no seio familiar, no emprego e no seu bem-estar. Neste enquadramento, assume-se a vulnerabilidade como uma qualidade da vida diária das pessoas, estando relacionada com as experiências de transições culturais e sociais (com o processo migratório), de transições desenvolvimentais e ciclo de vida (com a gravidez e maternidade), com as interações e condições ambientais que expõem as pessoas a mudanças de estado de saúde, positivas quando reforçam o seu bem-estar ou a potenciais riscos de doença (Meleis et al., 2010).

Assim, na singularidade das experiências humanas dos clientes e suas famílias, particularmente em situações de transição onde tendem a ser mais vulneráveis aos riscos

que possam afetar a saúde (Meleis et al., 2010), a necessidade de ajuda torna-se mais evidente referindo Sellman (2007) citado por C. S. Oliveira e M. J. Lopes (2010, p. 69), que no cuidado de enfermagem é importante que “ as enfermeiras se mostrarem dignas de confiança, precisamente por causa da relação íntima entre vulnerabilidade e confiança”.

Indagando sobre a palavra confiança, esta deriva do latim *confidentia* e que significa acreditar plenamente, com firmeza ou com fé⁶¹. Como conceito, a confiança constrói-se numa conjugação de conhecimentos provenientes de um plano sócio-histórico⁶² e de outros a partir de um plano socioantropológico⁶³, ambos indispensáveis para o entendimento das relações de confiança estabelecidas pelos indivíduos nas diversas situações e tempos históricos em que estas acontecem (Balsa, 2006). Uma abordagem sujeita a diferentes sensibilidades teóricas e a uma diversidade de situações de estudo, conferindo ao conceito um caráter multideterminado. Se por um lado, esta característica possibilita uma compreensão global da confiança, por outro, reconhecem os investigadores, que carece de um quadro concetual capaz de integrar a sua diversidade (Balsa, 2006, p. 11).

De acordo com Soulet (2006), a confiança é um “pré-requisito essencial para se agir em sociedade, para se iniciar uma acção significativamente orientada para o Outro” [tornando-se] uma forma dos atores sociais fazerem face à incerteza e à fragilidade inerentes às relações sociais” (p. 25 e 26). Nesta lógica, consideram a sociologia e a psicologia social que, nas relações sociais que cada um vai estabelecendo com o(s) outro(s) e que vão acontecendo em diferentes contextos sociais, em diferentes momentos do percurso de vida e circunstâncias de vida de cada um, a confiança é um sentimento que passa por mudanças, podendo ser fortalecido ou enfraquecido, oscilações estas, que dependem das ações que o outro realiza. Assim, a confiança é fortalecida quando alguém confia no outro e acredita e prevê as suas ações. Mas pode ser enfraquecida, quando associada a incertezas em relação às ações do(s) outro(s), podendo a incerteza advir de

⁶¹ <http://conceito.de/confianca#ixzz4ITiRvhEM>

⁶² No plano socio-histórico Vicent Mangematin e Christian Thuderoz (2003), numa síntese das principais tendências das ciências sociais, identificam dois registros substantivos da confiança: a “confiança como expectativa de um comportamento” um ato que resulta de uma escolha intencional, orientada por valores e que envolve os parceiros numa relação de reciprocidade; e a “confiança como cálculo racional” orientada pelos custos e benefícios que a atitude pode originar (Balsa, 2006, pp. 18-19).

⁶³ No plano socioantropológico, pela observação dos laços sociais marcados pelos direitos/regalias individuais e que se estabelecem delimitados no tempo e no espaço específicos (Balsa, 2006, p. 11).

experiências anteriores com a mesma pessoa ou por se transferir essa incerteza para futuras experiências semelhantes.

Na literatura em enfermagem, tem-se constatado que o conceito de confiança tem sido usado na linguagem quotidiana dos enfermeiros, sugerindo uma percepção comum entre estes profissionais, no entanto, ainda se mantém mal compreendido no seu significado (Endacott, 1997; Hupcey, 2002 citados por Bell & Duffy, 2009, p. 46). De facto, ao longo dos anos o conceito confiança tem sido alvo de discussão na investigação em enfermagem pela ausência de uma definição clara e porque utiliza frequentemente a abordagem de outras disciplinas (Johns, 1996). Argumenta a autora, a importância do conceito ao mostrar que a confiança tem sido entendida como um elemento essencial para o sucesso na relação enfermeiro-cliente e por estar associada a vários resultados e níveis de eficácia na prática de enfermagem, como são exemplo os resultados obtidos por Lourenço et al. (2011) na investigação-ação com a temática “Confiança vs Desconfiança na relação do Cuidar”, realizada numa instituição hospitalar, onde se verificou: aumento da mobilização do conceito de confiança nas equipas, melhoria da relação de ajuda/confiança enfermeiro–cliente–família e uma maior sensibilidade para a escuta (p. 10).

Bell e Duffy (2009), na procura de uma compreensão mais aprofundada do conceito da confiança e seu impacto no cuidado de enfermagem, com base numa revisão da literatura em enfermagem, exploram o seu significado, os atributos-chave, os antecedentes e consequências da promoção da confiança na prática de enfermagem. Mobilizando diversos autores, Bell e Duffy (2009, p. 47) verificam que o termo confiança tem sido expresso de diferentes maneiras, como são exemplo a fusão de termos confiança e esperança (Sellman, 2007) ou crença (Entwistle e Rápido, 2006; Gilson, 2006; Iacono, 2007), ou fé e esperança (Gilbert, 1998; Hupcey et al., 2001; Truglio-Londrigan et al, 2006), considerando-se que o uso de termos substitutos conduzem a uma inadequada interpretação do significado do conceito (Rodgers, 1989; Quase, 2006).

C. S. Oliveira e M. J. Lopes (2010), com a revisão dos conceitos de confiança e confiar, concluíram que a confiança é comumente considerada, “uma condição para o desenvolvimento da relação do cuidar” (p. 68). Reforçam Bell e Duffy (2009) citando Hupcey, et al (2001), que a confiança é dinâmica e complexa, estando dependente da satisfação das expectativas do cliente que recebe cuidados. Assim como está contextualmente vinculada, sofrendo a influência das relações de poder desiguais entre

quem recebe cuidados de saúde e os que prestam esses cuidados (Sellman, 2007 citado por Bell & Duffy, 2009). Neste sentido, em condições de vulnerabilidade acrescida a confiança torna-se especialmente frágil, exigindo-se enfermeiros fidedignos (ou dignos de confiança) que deem resposta à confiança depositada pelos seus clientes ou doentes (Sellman, 2006 citado por C. S. Oliveira e M. J. Lopes, 2010).

A confiança também tem sido entendida numa dimensão de ação (Peter & Morgan, 2001), refletindo o processo de confiar através de uma disposição para assumir a vulnerabilidade e confiar em alguém ou algo para executar como esperado (Johns, 1996), com o envolvimento de ambos os intervenientes (cliente-enfermeiro), onde o cliente confia no enfermeiro, acreditando nas suas competências profissionais, na sua boa vontade (Hudson, 2004, citado por C. S. Oliveira & M. J. Lopes, 2010, p.69) e na sua confidencialidade⁶⁴.

Neste conjunto de aspetos identificadores do conceito de confiança foram sendo evidenciados alguns dos seus atributos-chave, ou seja, características que aparecem repetidamente na literatura, que segundo a revisão de Bell e Duffy (2009, p. 48) são: Expectativa de competência; Boa vontade dos outros; Fragilidade/vulnerabilidade e Elemento de risco.

Mobilizando as ideias dos autores citados por Bell e Duffy (2009, p. 48), no que diz respeito à Expectativa de competência assinalam-se: a disposição dos clientes/doentes em confiar nos enfermeiros (Sellman, 2007); a confiança em ter expectativas atendidas (Luhmann, 1979); que os enfermeiros cuidem mantendo os clientes/doentes seguros (Iacono, 2007). A Boa vontade dos outros representa uma característica essencial da confiança, reflete-se na crença na boa vontade da confiança (Baier, 1986); ter fé na boa vontade dos outros permite compreender a confiança nos relacionamentos enfermeiro-cliente onde existe um diferencial de poder (Sellman, 2007). A Fragilidade/vulnerabilidade já foi sendo caracterizada e numa conjugação de atributos entende-se que confiar na boa vontade de outra pessoa (enfermeiro) faz sobressair as vulnerabilidades dos indivíduos (clientes) (Peter & Morgan, 2001) o que torna a confiança frágil e uma vez perdida não é fácil de se recuperar (Sellman, 2006); surge assim o Elemento de risco, visto que a confiança envolve risco, entre os quais a

⁶⁴ *Confidencialidade* – no âmbito das profissões de saúde “apresenta-se como uma obrigatoriedade moral, deontológica e jurídica (...) designa uma relação baseada na fidelidade”, onde se estabelece a confiança em alguém a quem se transmite determinada informação, num determinado contexto e numa relação que tem implícita a privacidade e fidelidade (Barcelos, 2004, p. 569).

possibilidade de a pessoa em quem se confia não poder agir adequadamente (Luhmann, 1979) ou seja a possibilidade de decepção (Austin, 2005).

Quanto aos antecedentes da promoção da confiança na prática de enfermagem, revela a literatura, que para a construção de uma relação de confiança, onde enfermeiros e clientes são atores aliados (Lourenço et al., 2011) são necessários determinados antecedentes ou eventos que geralmente precedem a ocorrência do conceito (Rodgers, 1989, citado por Bell & Duffy, 2009, p.49), destacando-se: a existência de uma necessidade de ajuda (Hupcey et al, 2001 citado por C. S. Oliveira & M. J. Lopes, 2010); a necessidade de um relacionamento entre cliente-organização de saúde ou entre cliente-enfermeiro (Bell & Duffy, 2009). E, concretamente na relação cliente-enfermeiro, está implícita a percepção do cliente sobre as competências intrínsecas à profissão do enfermeiro, a sua experiência profissional, “a segurança, o risco e o potencial benefício em confiar” (C. S. Oliveira & M. J. Lopes, 2010, p. 69), a qualidade das experiências vividas anteriormente na relação com os enfermeiros (Beckett, 2005 citado por Bell & Duffy, 2009, p.49) e uma avaliação do risco inerente à confiança entre cliente-enfermeiro ou vice-versa, que resulta em tensões e cuidado comprometido, quando a relação de confiança não se estabelece (de Raeve, 2002 citado por Bell & Duffy, 2009, p.49).

Chegando, por fim, às consequências ou aqueles eventos que ocorrem como resultado da ocorrência do conceito (Rodgers, 1989 citado por Bell & Duffy, 2009, p.49), percebe-se que os resultados podem ser positivos ou negativos, dependendo da congruência entre as expectativas para com a pessoa em que se confia e a qualidade e consistência das suas ações (Hupcey et al, 2001; Meize-Grochowski, 1984, citados por Bell & Duffy, 2009). Considera Honoré (2004) citado por Lourenço et al. (2011), a disponibilidade para confiar como uma primeira condição para a construção de uma relação de confiança enfermeiro-cliente. Relação esta, que envolve emoções, sentimentos e valores partilhados proporcionalmente e que ocorre contextualizada no tempo (p. 6).

Neste conjunto de ideias, concluem Bell e Duffy (2009), que a necessidade de cuidados de enfermagem não é razão suficiente para se esperar que os clientes ou doentes confiem nos prestadores de cuidados. Assim, como consequência de uma intervenção competente do enfermeiro, sustentada em padrões éticos e morais, conhecimentos científicos, técnicos e comunicacionais e em concordância com Meize-Grochowski (1984) citada por Bell e Duffy (2009) e C. S. Oliveira e M. J. Lopes (2010), surge como resultado a confiança como base de uma relação terapêutica entre enfermeiro-cliente.

No âmbito da saúde materna e dentro dos padrões normais de adaptação a um novo estado no ciclo de vida da mulher, as necessidades identificadas pela enfermeira e/ou as manifestadas pela mulher podem ter a sua origem em fatores de ordem fisiológica, psicológica, emocional e sociocultural, ou da necessidade de orientação/ajuda para o exercício da maternidade. Neste sentido, a enfermeira utiliza as suas competências e habilidades profissionais para ajudar a mulher/casal/família a adquirir confiança para que esta consiga expor as suas emoções, expectativas, fantasias, inseguranças e sentimentos (DGS, 2015a). Ou seja, a construção de uma relação de confiança com a mulher migrante, sem emissão de críticas ou juízos de valor e onde seja garantida a confidencialidade, torna-se fundamental para a expressão das diferentes necessidades que acompanham a mulher grávida e após o parto.

Num contexto de saúde e na perspectiva da mulher migrante, a confiança na enfermeira foi interpretada como essencial durante a vigilância da gravidez ao pós-parto, sendo representada pela influência dinâmica de fatores provenientes de 3 dimensões: (1) as competências da enfermeira (consideradas aqui no seu todo) que promovem o à vontade necessário à mulher migrante para partilhar as suas necessidades, dúvidas e problemas com a enfermeira. Ou dito de outro modo, as competências da enfermeira que coadjuvam a mulher a sentir que existe disponibilidade por parte da enfermeira para expor os seus assuntos; (2) as características da personalidade, valores e princípios socioculturais da mulher migrante que interage com a enfermeira e a natureza da situação da gravidez ao período pós-parto; (3) o processo de construção da confiança na enfermeira, que se constrói na interação entre enfermeira-grávida/mãe, estando dependente do tempo de relação estabelecido, do número de vezes e do grau de proximidade em que as interações acontecem.

O modo como as características de cada uma das perspetivas apresentadas se evidenciam e interligam nos dados, permitiram perceber a complexidade das interações entre a enfermeira e a mulher migrante durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e que condicionam o processo de construção da confiança entre mulher migrante-enfermeira.

A Figura 11 é representativa do encadeamento dinâmico dos diferentes constructos presentes durante a interação mulher migrante-enfermeira no âmbito da saúde materna, evidenciado pela influência recíproca entre as propriedades da categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA** e as propriedades das categorias PROCURANDO

COMUNICAR, A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA e ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA.

Num ambiente de cuidados de enfermagem, as variáveis grau de proximidade entre a enfermeira e mulher migrante, tempo de interação estabelecido e número de interações com a mesma enfermeira surgiram como reguladores da interação representada pelo código focal “Interagindo”. As oscilações entre o polo do fortalecimento da confiança e, num posicionamento oposto, o polo do enfraquecimento da confiança, dependem diretamente da Atitude terapêutica da enfermeira e da Identidade ou *self* da mulher migrante e as ações e reações de ambas as intervenientes, refletem-se nas propriedades das categorias circundantes. Assim, sugere-se que a confiança é fortalecida quando a mulher migrante confia, acredita e prevê as ações de ajuda da enfermeira, orientadas por um suporte afetivo sendo representadas, no seu topo, pela codificação “Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda”. Mas, a confiança também pode ser enfraquecida, quando associada a inseguranças em relação às ações da enfermeira, podendo advir de experiências anteriores com a mesma enfermeira ou por se transferir essa insegurança para futuras experiências semelhantes, sendo representada no topo pela codificação “Receando mostrar aquilo em que se acredita”.



Figura 11. Diagrama representativo da categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**, codificação agregada e codificação relacionada

Partindo do centro do diagrama, o código focal “Interagindo” procura evidenciar neste contexto de análise, como a experiência ou a informação sobre os assuntos da maternidade, que foram sendo adquiridas pela mulher migrante no seu percurso de vida, podem condicionar a confiança nas prescrições ou orientações ou aconselhamentos da enfermeira. Reemerge, assim, a envolvimento das dimensões e propriedades que caracterizam a maternidade vivida como migrante, mais concretamente, os padrões de comportamento, as opiniões e as opções interpretadas e descritas na subcategoria *Manifestando a influência cultural de origem*, que nas suas especificidades, mostram o modo como influenciam as interações entre a mulher migrante-enfermeira, no sentido do estabelecimento da confiança, conforme se pôde perceber no discurso desta mãe pela primeira vez, mas com alguma experiência em cuidar de outras crianças no seu país:

“...a enfermeira [que realiza a vigilância da saúde infantil e comparando com a confiança adquirida com a enfermeira que realizou a vigilância pré-natal] também, no início, eu fiquei meio assim, porque toda a mãe sabe que tem que fazer, aquela coisa de

pegar na bebê, e eu fiquei meio assim, mas hoje em dia já confio, você vai criando um certo laço, digamos assim... A primeira vez fica-se meio assim, mas depois você passa a conhecer e cria mesmo um laço.” (Caso 7).

A continuidade da assistência de saúde ou o número de interações com a mesma enfermeira, deram a perceber o modo como a confiança na enfermeira se vai estabelecendo, nomeadamente, quando as características de personalidade tornam esta continuidade um pré-requisito para a construção da confiança, tal como foi sendo demonstrado na categoria PROCURANDO COMUNICAR.

Por sua vez, ao se ter em linha de conta que o primeiro encontro entre enfermeira-mulher migrante poderá condicionar as relações interpessoais futuras, pela tendência para se formular uma primeira impressão sobre o Outro, de acordo com as características que são observadas e valorizadas num determinado contexto e situações que integram esse encontro. E porque, esse primeiro encontro “está carregado de afetividade e é desencadeador de emoções; eu gosto ou não gosto, eu admiro ou rejeito a outra pessoa” (Fachada, 2000, p. 144), a valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem, parece surgir em conformidade com esta descrição dos primeiros encontros entre enfermeira-mulher migrante conforme se procura representar na categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA.

Porém, o código “Interagindo” torna mais explícita a importância de uma continuidade de cuidados com a mesma enfermeira, sendo revelada por: conhecer melhor, criar uma ligação, estar habituada, sentir-me à vontade, familiarizar com as pessoas que cuidam de nós, como se descobriu nos seguintes relatos:

“Acho que não deveria ser assim... acho que deveria ser sempre a mesma pessoa...Preciso de ter confiança... e conhecer melhor...E como trocam, ela não cria aquela ligação que deveria, se calhar, haver. Sim, ainda que a gente saiba que são profissionais, não é a mesma coisa [considerou o companheiro].” (Caso 16).

“...porque a tinha conhecido antes [referindo-se à enfermeira], foi a primeira pessoa que falei quando fiquei grávida e senti-me mais à vontade para falar com ela do que com o doutor.” (Caso2).

“eu gosto muito da enfermeira, estou muito habituada com ela...Eu acho que está mais fácil agora, eu vou ser muito sincera, eu senti isso mais nessa consulta de hoje. Sim, a gente vai ganhando mais um pouquinho de confiança, porque as primeiras consultas não foram fáceis. Sim... eu já estou um bocado calejada também com o atendimento...

não só na área da saúde, mas num modo geral, e nós ficamos muito caladas... Acho que o brasileiro fala muito, mas às vezes não pergunta... o que é mesmo necessário nós travamos com medo. Estou a falar isso porque tenho amigas angolanas e passa-se o mesmo com elas. Conversando com elas, elas dizem a mesma coisa.

Eu sei... eu ainda não falei...há coisas que eu tenho vontade... quer dizer, quero perguntar, mas primeiro quero sentir-me à vontade [referindo-se aos assuntos mais íntimos].” (Caso13)

“Sim, porque a maioria do tempo, na gravidez toda, fui acompanhada pela mesma enfermeira e qualquer problema que eu tenha eu sinto-me à vontade para falar com ela...Tudo o que eu sentia que fosse algo de mau eu sabia que podia falar com ela, falava e ela me dava a resposta.” (Caso 18).

“...é mais fácil ou então eu também já a conheço há muitos anos... e tenho mais abertura para conversar e mais confiança... Eu acho que isso é muito importante, isso mudou mesmo no centro de saúde... eu acho que temos que nos familiarizar com as pessoas que cuidam de nós, ao fim e ao cabo eles cuidam de nós e da nossa saúde, e temos que nos abrir mais com eles e conversar, explicar o que é que acontece... e nunca devemos ter vergonha.” (Caso 10).

Por sua vez, a continuidade ou o número de interações com a mesma enfermeira, permite que a enfermeira demonstre comportamentos que ajudem a fortalecer a confiança, como por exemplo, procurando saber a evolução de problemas/questões anteriormente referidos pela mulher, como se explora na continuidade do incidente do Caso 7 supracitado:

“quando é uma pessoa que te acompanha frequentemente, quando você chega ela já sabe, ou pelo menos se lembra ‘e aquilo da semana passada, já melhorou?’ é diferente...” (Caso 7).

Relacionando com o código “Espaço para comunicar”⁶⁵, que caracteriza o significado atribuído ao modo como a enfermeira faz uso da sua experiência profissional para ajudar a ultrapassar obstáculos provenientes da personalidade ou das condições de vida da mulher migrante, o código “Interagindo” procura distinguir a iniciativa da enfermeira, quando orientada pela experiência profissional, por ser uma atitude que estimula a partilha, a procura do esclarecimento por parte da cliente ou a procura de ajuda para a implementação de comportamentos saúde mais ajustados.

⁶⁵ Código focal agregado à categoria PROCURANDO COMUNICAR

Neste sentido, a iniciativa da enfermeira pode contornar ideias preconcebidas a partir de outras experiências com os cuidados de enfermagem e que levam a mulher migrante a considerar as intervenções de enfermagem limitadas a determinadas áreas. Ou seja, os problemas relacionados com o quotidiano das pessoas, com o relacionamento conjugal, com os familiares ou de ordem social, mesmo que interfiram no bem-estar da gestante ou após o parto, não se enquadram nas suas funções da enfermeira, conforme revelou esta participante:

“Eu acho que é mais as enfermeiras que devem tomar essa iniciativa porque a gente chega aqui e fala sobre uma coisa pessoal, em relação ao meu marido que não ajuda, ou outra coisa, e isso é mais difícil porque não se sabe como a enfermeira vai agir... então eu acho que se isso fosse mais puxado pela parte das enfermeiras a gente sentia-se mais à-vontade... assim já sentiria mais à-vontade de poder falar, mas chegar diretamente “passa-se isto e isto...” pode ser que ela até pense “isso não é a minha especialidade” (...) Isso ajuda muito, porque assim sinto-me muito mais preparada para fazer esse tipo de perguntas... e ser mais aberta sem estar sempre preocupada...” (Caso 5).

Assim como, ao se relacionar com a interpretação dos dados no código “Sentindo-se reconhecida”⁶⁶, a codificação “Interagindo” com a enfermeira, sugeriu a presença de confiança para a partilha de uma decisão pouco refletida. Interagindo com a enfermeira, levou ao repensar e à procura da melhor solução para ao dilema vivenciado, como se pode verificar numa situação em que possibilidade de aborto surgiu como a solução mais imediata, num determinado momento e circunstâncias da vida familiar:

“Eu vim aqui falar com o outro enfermeiro, e depois eu disse “eu não queria ter este filho porque eu queria esperar...” e depois ele disse “mas porquê?” e eu disse “porque eu não quero, porque agora está muito difícil” e ele disse-me “olhe, tem que pensar bem, fala com o teu marido...” e eu disse “eu já falei com o meu marido...” e ele disse “se quer ter, tem...” porque eu estava a tomar uma pílula e quando acabou a pílula eu pensei que era normal, afinal eu estava grávida sem saber que estava grávida e depois eu vim aqui para fazer consulta e descobriram que eu estava grávida...

Eu estava de duas semanas, era pouco. Depois ela disse, “vai lá falar com o teu marido... a outra já vai fazer quatro anos e enquanto segura isso, passa rápido, é um instante...” Então eu fui para casa, pensei naquilo e pensei se calhar eu vou querer mais um porque

⁶⁶ Código focal agregado à categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA

eu estava à procura de um menino, porque eu nunca fiz aborto, se calhar vai ser um menino... depois penso e volto a falar com ela porque ela disse para voltar e falar com ela. Depois eu vim aqui falar com ela e disse que não ia fazer, e que agora queria ter esta criança, depois ela começou a fazer as fichas para eu vir aqui e foi assim.

Sim, e ela falou comigo e deu-me coragem, porque eu já tinha estado grávida da outra e estava acostumada.”(Caso 20).

“Interagindo” pormenoriza ações de enfermagem significativas ao nível dos assuntos de índole pessoal. Comparando e relacionando com os dados analisados na subcategoria *Manifestando a influência cultural de origem*⁶⁷, apreende-se que, para a mulher migrante com comportamentos socializados na sua família e cultura, as estratégias utilizadas pela enfermeira durante o questionamento sobre temas de foro mais íntimo, mais concretamente, a estratégia de tomar a iniciativa e demonstrar abertura ou espaço para outros assuntos possam ser uma mais-valia para colmatar a inibição ou o receio de se ser mal interpretada em determinados temas, tornando-se por isso, mais fácil responder do que questionar:

“Sim, mas há vezes há coisas em que tenho um bocadinho de vergonha de perguntar, e como elas têm experiência elas perguntam antes... é mais fácil responder do que perguntar.” (Caso 2).

“eu acho que seria possível sim, mas eu não tive assim essa liberdade ainda (...) Sim, aí sim...[se a enfermeira perguntasse]. Exato, porque essa enfermeira pode não dar trégua... por exemplo, eu sou muito tímida para falar...assim já sentiria mais à- vontade de poder falar, mas chegar diretamente “passa-se isto e isto...” pode ser que ela até pense “isso não é a minha especialidade” ...Isso ajuda muito, porque assim sinto-me muito mais preparada para fazer esse tipo de perguntas... e ser mais aberta sem estar sempre preocupada...” (Caso 5).

Numa leitura compreensiva sobre até onde a confiança da mulher migrante na enfermeira se manifesta e, relacionando com os dados codificados na subcategoria *Manifestando a influência cultural de origem*, surgiram os assuntos relacionados com a sexualidade, que são abordados com a enfermeira (ou com o médico) quando associados a doenças ou a problemas de saúde, porque, de outro modo, são restritos à rede familiar e de amigos, tal como perentoriamente se manifestou esta migrante cabo-verdiana, no 4º dia após o nascimento da sua segunda filha:

⁶⁷ Subcategoria agregada à categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE

“Podia perguntar às minhas amigas...[mas] Se tem algum problema...Tem problema, fala. [referindo-se à enfermeira ou médico]. Tem de ser bem claro, não é? Não tem de andar escondido.” (Caso 11).

De facto, as mudanças e ajustamentos fisiológicos (anatômicas e sistémicas) do corpo da mulher, são uma exigência para o crescimento, desenvolvimento e expulsão do feto (Lavaredas & Tomás, 2016), que acontecem em simultaneidade com a reorganização psicológica para a consecução do papel maternal (Mercer, 2004), e com as mudanças sociais ao novo estatuto de mãe (Cordeiro, 1994; Leal, 2009). Reconhece-se aqui a importância de a enfermeira avaliar o bem-estar materno-fetal, durante a vigilância pré-natal, para prevenir ou minimizar perturbações que possam advir dessas mudanças e, para distinguir entre o que se processa dentro do normal das situações patológicas (Graça, 1996, 2010).

Após o nascimento, novos reajustes fisiológicos se processam para o retorno do corpo da mulher ao estado de não grávido (Ferreira, 2016) e para proporcionar o aleitamento do bebé (Lowdermilk & Perry, 2009; Centeno, 2017). Novas adaptações psicológicas e emocionais e socioculturais acontecem à mãe, ao pai com a chegada de um novo membro nesta fase de transição para a parentalidade (Cardoso & Néné, 2016). As mudanças na dinâmica familiar e na relação conjugal, que envolvem ambos os membros, podem provocar distúrbios de forma individual ou na conjugalidade, que vão para além de uma possível doença do foro sexual (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Neste sentido, quando se comparam incidentes enquadrados na mesma codificação, compreende-se que a confiança da mulher migrante na enfermeira poderá ir até certo ponto. Com esta suposição, não se pretende determinar “pontos” que, por si só, possam influenciar negativamente a qualidade da confiança na enfermeira ou mesmo a qualidade dos cuidados recebidos. Pretende-se, pois, conjugar aspetos dos dados que levem a uma melhor caracterização da categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**.

Assim, posicionado no polo do enfraquecimento da confiança acha-se o código “Receando mostrar aquilo em que se acredita”, onde sobressaem práticas de cuidados culturais em que se acredita na sua eficácia, e que se pretende manter e utilizar, em simultaneidade, com os cuidados aconselhados pela enfermeira/profissionais de saúde. Mas, no que se refere à partilha ou à divulgação dessas práticas, opta-se por as manter restritas ao meio familiar, como ficou demonstrado no relato desta migrante angolana,

um mês após o nascimento da sua terceira filha, a sua primeira gravidez aconteceu no país de origem e as outras duas em Portugal:

“Não, isso fica mais para mim...” [respondendo à questão colocada: ... pensando que ainda usa muito os seus hábitos de lá, e faz bem porque se sente mais segura, consegue comunicar essas coisas com a enfermeira?] (Caso 8).

“Receando mostrar aquilo em que se acredita” também é representativo dos mitos culturais que se sobrepõem aos cuidados de saúde prescritos pelos profissionais de saúde, muito concretamente, quando acontecem intercorrências durante a gravidez que afetam a gestante ou o feto, gera-se o descrédito ou a falta de confiança e a fuga dos cuidados de saúde, como se pôde perceber a partir do discurso desta migrante cabo-verdiana, quando se reporta à cultura do país de origem do seu companheiro santomense:

“Por exemplo, na cultura de São Tomé, lá acreditam em coisas sobrenaturais...e se geralmente corre bem para as outras pessoas, para elas é que é mau... então tentam fugir um pouco ao sistema... têm receio de mostrar aquilo em que acreditam realmente. Então, ficam fechadas e vão seguindo aquilo em que acreditam.” (Caso 3).

Num percurso oposto ao anteriormente descrito, encontra-se posicionado no polo do fortalecimento da confiança na enfermeira o código “Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda”, sendo este representativo dos dados que permitem perceber que o grau de confiança estabelecido com uma determinada enfermeira, durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, faz com que esta seja o primeiro profissional de saúde a quem se recorre quando surgem problemas ou dúvidas relacionados com a saúde e bem-estar materno-fetal e se necessita de apoio, aconselhamento ou condução do processo de cuidados, com se exemplifica nos seguintes relatos:

“Primeiro fui falar com uma enfermeira por causa dos rins, e a enfermeira disse ‘então passo para o médico, ele vai dar papéis para a segurança social e ele vai explicar tudo. Então fui ao médico(a), e ela já sabia das coisas porque a enfermeira já tinha explicado o que era...” (Caso 1).

“Então, na próxima vez que eu fui lá e fui fazer a ecografia, o médico disse-me ‘a sua ecografia deu positivo, temos que fazer nova ecografia porque não está bem nessa ecografia...’ e eu fiquei preocupada. Então eu vim ao centro de saúde, falei com a enfermeira e ela disse ‘tem que voltar, porque isso está positivo, então tem que ir fazer nova ecografia...’ (Caso 9).

Neste processo dinâmico de construção da confiança, constatasse que entre os dois polos opostos descritos surgem níveis intermédios no ato de se criar a confiança com a enfermeira, que podem tender ou estar mais próximos de um desses polos.

O código “Seguindo as orientações de enfermagem, mas sem questionar”⁶⁸ reflete um comportamento adotado pela migrante senegalesa, a viver a sua segunda experiência de gravidez na sociedade recetora. Este comportamento foi sendo revelado em diferentes incidentes, já anteriormente relatados, dando a perceber a importância que dava aos cuidados de enfermagem que foi recebendo ao longo da vigilância pré-natal ao período pós-parto, mas manifestando, também, que nem sempre deram resposta às suas necessidades de aquisição de competências maternas para cuidar do seu primeiro filho. Contudo, o seu maior descontentamento incidia na falta de suporte afetivo por parte da enfermeira durante a prestação de cuidados maternos. Assim, o não questionar as orientações recebidas pela enfermeira permitiu perceber a opção por um estar mais passivo durante a interação com o profissional de enfermagem, respondendo apenas ao que lhe era questionado⁶⁹, abarcando a informação e a orientação dada e utilizando-a de acordo com a importância que lhe era atribuída: “*Os conselhos que eles me dão, eu faço, é bom*” (Caso 6). No entanto, sem procurar adquirir outras informações para além das mencionadas pela enfermeira, como se complementa com o seguinte relato:

“Houve uma coisa que ela me disse, eu não perguntei à enfermeira, ela disse-me para de vez em quando deitar água quente na banheira e sentar lá...Sim, quando estou grávida, para por água na minha barriga e sentar lá e mexer na minha barriga...Ela [enfermeira] diz que é bom para o parto...Eu não perguntei nada para eles.” (Caso 6).

Este relato também sugere uma atitude passiva para com os profissionais de saúde, à semelhança do encontrado noutros estudos, apesar de mais direccionados para os médicos (Reis, 2015). Concluem Almeida et al. (2014a), que as mulheres brasileiras e africanas, apesar de uma avaliação positiva da prestação de cuidados de saúde materna recebidos, estas tendem a não identificar potenciais experiências de menos qualidade e a não as relacionar com consequências adversas subsequentes.

No sentido do polo para o fortalecimento da confiança, emergiram códigos representativos como o “Recorrendo à enfermeira para esclarecer e saber como agir”⁷⁰,

⁶⁸ Código agregado ao código focal “Pondo em prática as orientações da enfermeira”

⁶⁹ Conforme descrito no código “Receando a censura”, agregado à categoria PROCURANDO COMUNICAR

⁷⁰ Código agregado ao código focal “Pondo em prática as orientações da enfermeira”

onde foram expostas situações em que a gestante necessitava de orientação para não pôr em risco a saúde do feto:

“eu vim esclarecer cá com a enfermeira... que cuidados devo ter porque tenho um gato, por causa da toxoplasmose... então tive que ter mais cuidados (...) Ele [o gato], para já, está proibido de entrar no meu quarto.” (Caso 3).

Outro dos códigos gerados foi o “Optando por seguir a orientação da enfermeira”⁷¹, como deu a perceber esta mãe recente, ao ser orientada pela enfermeira em relação à alimentação da sua filha:

“Sim, mas agora vou ter que passar para um reforço porque ela está crescendo e a mama não está a ser suficiente para ela (...) Sim, a enfermeira passou e disse que tinha que dar o reforço(...) por acaso ela está a desenvolver bem, o peso, a altura e tudo mais, só que está no mínimo para o tamanho dela, está na média, mas na média mínima para o tamanho dela (...) Eu prefiro seguir o que a Enfermeira diz... eu sou acompanhada pela Enfermeira X, e como já lhe disse eu tenho confiança, gosto da forma como ela conversa, e então quando você está confiando a gente acaba por dar mais credibilidade ao que elas dizem... a gente confia mesmo...” (Caso 7).

Perante estes dois últimos códigos, torna-se oportuno referenciar Amendoeira (2006, p. 230), quando se refere ao processo de procura ajuda, integrado numa rede de apoio que vai desde um conhecimento aceite, mas não científico, até ser reconhecido como insuficiente, para se passar à procura de ajuda nos profissionais de saúde. Isto porque, apesar de em diferentes momentos desta análise se verificar que a mulher migrante procura ajuda nos diferentes elementos da rede de apoio a que tem acesso durante a vivência do processo de maternidade, partilha-se a perspetiva de Amendoeira (2006, p. 232), ao considerar que o “processo de cuidados de saúde como um processo de interação entre dois ou mais atores sociais que mutuamente se elucidam, embora com competências diferentes e complementares” num entendimento de cuidados de saúde em que a mulher migrante solicita proteção e ajuda à enfermeira que lhe proporciona maior confiança perante a situação em que necessita de ajuda.

“Adequando as orientações e as suas práticas de cuidados”⁷² foi interpretado como sugestivo de modos de aculturação saudáveis para a mulher migrante, que foram sendo adaptados aos contextos e situações em que as relações interculturais foram sendo

⁷¹ Código agregado ao código focal “Pondo em prática as orientações da enfermeira”

⁷² Código agregado ao código focal “Pondo em prática as orientações da enfermeira”

estabelecidas ao longo do percurso de aculturação (Camilleri, 1989 citado por Sousa, 2008).

Da análise dos dados, pode-se perceber diferentes formas em que a mulher migrante procurou ajustar as informações fornecidas pela enfermeira/profissionais de saúde às suas práticas de cuidados e comportamentos de saúde maternos.

Quando a migrante cabo-verdiana do Caso 11, no quarto dia pós-parto referiu *"Acho que eu estou a fazer como cá [referindo-se aos cuidados à mulher após o parto]. Porque cá toda a mulher usa isso. Eu estou cá, tenho que usar isso. Eu acho que devia usar como cá."*, fez subentender uma necessidade de se sentir aceite e acolhida nos cuidados de saúde do país recetor durante o puerpério. Uma atitude comum a muitas mulheres imigrantes, especialmente quando se encontram mais fragilizadas e com pouco apoio familiar ou da comunidade da sua cultura no novo país. Contudo, com esta migrante não foi visível esta necessidade de apoio, pois referiu conseguir ajuda da sua família que se encontrava próxima.

Numa outra ótica, o seu testemunho pode ser sugestivo de uma opção de vigilância da sua saúde mais segura, aderindo aos comportamentos de saúde praticados na sociedade de acolhimento durante o puerpério. Isto porque, relativamente às práticas alimentares associadas à amamentação referiu manter hábitos culturais do seu país, por os considerar benéficos para o seu bebé.

Confrontando com os testemunhos de outras participantes que optaram por seguir as orientações dadas pela enfermeira do país de acolhimento, pode-se perceber como principal argumento desta escolha a falta de experiência nas práticas da maternidade, adquirindo-se apoio e segurança nos cuidados de enfermagem: *"Aqui vou usar o que vão ensinar aqui...[referindo-se aos cuidados ao bebé]. Sim, porque eu não levo muito jeito...[sorrindo]"* (Caso 18) e, também, para evitar sentirem-se confusas face a diferentes formas de atuar.

Para outras participantes, optar por seguir as orientações da enfermeira, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de saúde com o seu bebé, sugere uma estratégia que garanta uma vigilância adequada do crescimento e desenvolvimento do bebé, através da utilização dos recursos de saúde existentes na sociedade onde se encontra inserida, como se interpretou do relato desta migrante angolana:

“O que elas dizem aqui eu cumpro tudo, tudo o que é para fazer para o bebê eu cumpro as regras, a gente tem outros hábitos e lá também tem outros hábitos, então aqui, a gente cumpre mais as coisas daqui, não temos as coisas de lá aqui, não é?” (Caso 8).

Neste percurso de significação da interação entre a mulher migrante e a enfermeira durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, a exposição analítica da categoria central do estudo **CONSTRUINDO A CONFIANÇA** sugere como favorecedor da adesão aos comportamentos de saúde ajustados às necessidades individuais da mulher migrante durante a experiência da maternidade, na presença das seguintes características:

- “Sentindo-se reconhecida [pela enfermeira]”, emergindo como consequência das ações implementadas pela enfermeira e pela mulher migrante ou de possíveis condicionantes e influências durante o processo de interação estabelecido. Um achado que reconhece a importância de os enfermeiros serem sensíveis às diferenças culturais e às experiências de transição, utilizando esse conhecimento como base nos cuidados maternos que prestam às clientes migrantes (Meleis, 2010a);

- “Explicando com simplicidade”, emergindo como uma qualidade da comunicação intercultural, interpretada como significativa na sua clareza, simplicidade, sentido prático e fundamentado, tornando-se eficaz na informação transmitida pela enfermeira e um contributo na aquisição de competências da mulher migrante para o exercício da maternidade. De acordo com Mercer (1982) citada por Meighan (2004), a informação e os cuidados de enfermagem materno-infantis prestados durante a gravidez e ao longo do primeiro ano após o parto podem ter resultados de saúde positivos a longo prazo tanto para a mãe como para a criança. Assim como se percebe que este modo de comunicar é promotor da compreensão da informação por parte da mulher migrante, ao ajudar a ultrapassar obstáculos que influenciam negativamente a relação terapêutica, como são exemplo a barreira da língua, o significado dos termos médicos utilizados no país de acolhimento e os valores culturais que orientam os comportamentos sociais, nomeadamente na relação migrante-profissional de saúde (Keygnaert et al., 2016);

- “Obtendo resposta”, fazendo emergir sentimentos de segurança e confiança perante a necessidade de esclarecimento ou obtenção de informação junto da enfermeira. Um código interpretado como consequência positiva da conjugação da Atitude terapêutica da enfermeira com a Identidade ou *self* da mulher migrante nas interações estabelecidas durante os cuidados pré-natais ao pós-parto, fazendo emergir um conjunto

de códigos explicativos que caminham no sentido do fortalecimento da confiança entre mulher migrante-enfermeira.

CONSTRUINDO A CONFIANÇA, com o código focal “Pondo em prática as orientações da enfermeira”, mostra que a qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde materna permitem “transformar as intervenções em ganhos sensíveis a nível dos resultados de assistência” (Abreu , 2008, p. 77). Uma consequência que incorpora modos de agir conseguidos por processos de aculturação individualizados, influenciados pelo *self* de cada mulher, pelo tempo de migração e pelas diferentes circunstâncias vivenciadas ao longo do percurso migratório. Refletem-se aqui experiências de processos de transição, com formas de gerir a adaptação à nova sociedade em congruência com aquilo em que se acredita e se sente necessidade de adquirir. Ações que foram sendo expostas em áreas do quotidiano durante a experiência da maternidade em contexto migratório, nomeadamente na ajuda que se usufrui do companheiro nas tarefas domésticas, nos comportamentos de segurança para com o seu bebé, como por exemplo, na inscrição atempada do bebé numa creche para se poder continuar a trabalhar após terminar a licença de maternidade, visto não se desfrutar do apoio familiar que poderia ser facilmente conseguido no seu país. E, muito em particular, durante as interações com a enfermeira na vigilância da gravidez pós-parto, onde prevaleceu o desenvolvimento de uma relação de confiança através da implementação de intervenções terapêuticas consistentes e sensíveis às diferenças culturais que permitiram à mulher migrante sentir-se segura no desenvolvimento das suas competências maternas, na escolha da prática de cuidados para consigo e para com a criança e nos comportamentos de saúde a adotar, em congruência com as suas experiências, valores e no que acreditavam ser mais vantajoso para elas e para os seus bebés.

CONCLUSÃO

O percurso de investigação desenvolvido proporcionou o consolidar da importância do objeto de estudo num contexto de cuidados de enfermagem em saúde materna, face a uma crescente feminização dos fluxos migratórios onde o estatuto e as condições de vida durante a migração, os contextos culturais de origem, o estado da saúde e a compreensão da língua do país de acolhimento colocam diferentes desafios ao nível dos cuidados de saúde materna a mulheres migrantes.

No sentido de terminar o relatório de investigação, neste capítulo sistematizam-se as principais conclusões em resposta aos objetivos delineados para o estudo. Por último, sugerem-se as implicações para a prática, disciplina e investigação e colocam-se sugestões para futuras investigações.

A teoria desenvolvida é compreensiva e explicativa da “Perspetiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto”. Um conhecimento sustentado em dados empíricos, que dá sentido às experiências vividas pelas mulheres migrantes, com evidências produzidas a partir do individual e contextualizadas num espaço temporal, no meio sociocultural, económico, institucional e fase do ciclo de vida em que as mulheres migrantes participantes no estudo interagiram com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

A codificação emergente determinou uma estrutura de análise dinâmica, integrada e com níveis de relação entre códigos interpretados ao longo do processo de teorização, que culminou na identificação de cinco categorias VIVENDO COMO MIGRANTE, EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE, PROCURANDO COMUNICAR, A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA e ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, e de uma categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**.

Num contexto de cuidados de saúde multiculturais e na perspetiva da mulher migrante, o desenvolvimento de uma relação de confiança emergiu como componente essencial dos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto. Um processo dinâmico influenciado por fatores provenientes de 3 dimensões: (1) as competências do enfermeiro, onde a sensibilidade cultural e a implementação de diversas formas de abordagem, são promotoras do à vontade necessário à mulher migrante para

partilhar as suas necessidades, dúvidas e problemas com o enfermeiro; (2) as características da personalidade, valores e princípios socioculturais da mulher migrante que interage com o enfermeiro e as condições em que ocorrem as transições da gravidez, maternidade e migração; (3) o processo de construção da confiança no enfermeiro, que se constrói na interação entre enfermeiro-grávida/mãe, estando dependente do tempo de relação estabelecido, do número de vezes e do grau de proximidade em que as interações acontecem.

Reconhecendo a avaliação de enfermagem como a base de todas as terapêuticas de enfermagem, no primeiro contacto com a mulher migrante para a recolha de informação (anamnese), sugere-se considerar os seguintes aspetos, para além de informação de carácter mais geral:

- a continuidade do cuidado como essencial na abordagem dos cuidados maternos, procurando-se identificar o estado de saúde da mulher migrante, por este ser um reflexo do historial clínico e da qualidade dos cuidados de saúde recebidos no país de origem, que podem afetar negativamente a gravidez e os resultados perinatais;
- identificar as condições de vida e da saúde da mulher migrante ao longo do percurso migratório, sugerindo-se como contributos os elementos emergentes da codificação VIVENDO COMO MIGRANTE, ao demonstrarem a necessidade de se valorizar as particularidades da vida de cada mulher pelo seu impacto nos resultados de saúde na gravidez ao pós-parto;
- e, assumir a cultura da mulher migrante como parte integrante dos seus comportamentos e ações no seu quotidiano e nos processos de gravidez e maternidade, como sugerem os resultados emergentes da categoria EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE.

PROCURANDO COMUNICAR demonstra que na presença de diferenças de valores, preferências, origens culturais, religiosas, sociais e de afetividade de ambos os intervenientes, determinadas atitudes e ações do enfermeiro, inerentes ao processo de comunicação, são facilitadores da relação entre enfermeiro-mulher migrante e da compreensão da informação partilhada, no sentido de uma eficaz identificação das necessidades de saúde da gestante/mãe, nas diversas dimensões que possam afetar o bem-estar materno, do feto e futura criança, da aquisição de competências maternas, do autocuidado e da promoção de estilos de vida saudáveis. Os resultados evidenciam, também, que o respeito mútuo, a experiência profissional do enfermeiro e a sua disponibilidade durante os cuidados de saúde materna podem garantir uma maior

sensibilidade e capacidade de detecção precoce de situações de risco durante a gestação e após o parto, associadas a dificuldades económicas, à falta de suporte familiar ou social no país de acolhimento e que não são facilmente reveladas pela mulher migrante, pelo receio de serem mal interpretadas ou maltratadas ou discriminadas pelos profissionais de saúde. No seu reverso, a falta de disponibilidade do enfermeiro, pode conduzir a sentimentos de marginalização e de insatisfação pelos cuidados de enfermagem recebidos.

A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, foi transmissora da valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem em saúde materna que, como consequências na mulher migrante, traduziram-se em respostas afetivas de reconhecimento, sentir-se acolhida e compreendida, promotoras da abertura para exposição de dúvidas e de necessidades de saúde ou levarem ao desapontamento. No sentido oposto, sentimentos de discriminação durante o atendimento de enfermagem, especialmente associados aos modelos estereotipados para determinadas culturas, tornam-se mais intensos e difíceis de gerir, quando associados à emotividade que caracteriza os períodos da gravidez, parto e pós-parto e quando se acresce condições de vida mais precárias e falta de uma rede de apoio;

Numa relação da codificação emergente entre PROCURANDO COMUNICAR e A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, o valor atribuído à informação e orientação do enfermeiro ao longo da vigilância pré-natal, no parto e no pós-parto delimitou ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA que conjuga duas dimensões, que se influenciam reciprocamente, durante a interação entre enfermeira-mulher migrante: o *background* da mulher migrante e as atitudes e ações da enfermeira.

Por fim, CONSTRUINDO A CONFIANÇA emergiu como um processo dinâmico, onde as ações dos enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto conduzem a níveis de confiança na mulher migrante que se vão posicionando entre dois polos opostos: o fortalecimento da confiança e o polo do enfraquecimento da confiança. Sugerem os resultados do estudo:

- A continuidade dos cuidados ou o número de interações com o mesmo enfermeiro são promotores da construção da confiança, ao permitirem que a mulher confie, acredite e preveja as ações dos enfermeiros, sendo esta confiança orientada por um suporte afetivo;

- O enfraquecimento da confiança surgiu associado a intervenções dos enfermeiros onde se manifesta a falta de disponibilidade para a escuta e compreensão da perspectiva da mulher migrante, os juízos de valor ou referenciais estereotipados que conduzem ao receio, à insegurança, a comportamentos passivos e à insatisfação da mulher migrante face aos cuidados de enfermagem durante a maternidade

Implicações para a prática clínica

Os resultados do estudo mostram, que na perspectiva das mulheres migrantes, os enfermeiros são elementos-chave nos cuidados maternos à mulher migrante durante a sua adaptação aos processos de transição que vão sendo vivenciados.

Tendo como referência as *guidelines* internacionais para a Região Europeia da OMS, delineadas para quatro áreas principais que afetam a saúde materna e neonatal de refugiados e migrantes (estado de saúde individual, acessibilidade dos cuidados de saúde, qualidade dos cuidados e política de cuidados de saúde e sistemas de financiamento) e, articulando estas orientações com diretrizes nacionais relacionadas com a migração e com a assistência de saúde às mulheres ao longo do seu ciclo reprodutivo, acredita-se que os resultados do estudo realçam aspetos que poderão contribuir para a tomada de decisão e implementação de cuidados de enfermagem ajustados às necessidades da mulher migrante a vivenciar a experiência da gravidez ou maternidade no nosso país, no sentido de alcançar melhores resultados de saúde para a mulher e criança.

Reconhecendo-se nos enfermeiros, um perfil de competências e atitudes orientadas pelos princípios humanistas, entre outros previstos no código deontológico dos enfermeiros, que mobilizam em contexto de prática clínica para a efetivação de cuidados de saúde seguros e de qualidade à pessoa em todos os níveis de prevenção, acredita-se que o foco na perspectiva da cliente migrante poderá contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem multiculturais ao caracterizar a construção da confiança entre mulher migrante-enfermeiro, onde se evidencia e especifica como as intervenções de enfermagem podem conduzir a um relacionamento bem-sucedido com resultados efetivos na tomada de decisão e adesão das mulheres migrantes aos cuidados de saúde ou, por outro lado, comprometer o cuidado de enfermagem durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

Precisando, ainda, o mandato social da profissão de enfermagem junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos, os resultados do estudo poderão contribuir para a sensibilidade dos enfermeiros para lidar com a diversidade, ao mostrarem que a confiança construída entre mulher migrante-enfermeiro é favorecedora da introdução de novas práticas ou da melhoria contínua das mesmas, sendo estas promotoras do aumento dos níveis de satisfação da cliente, da otimização do potencial da sua saúde, da prevenção de complicações materno-fetais e do seu bem-estar.

Ao nível da organização dos cuidados de enfermagem, a relação de confiança entre enfermeiro-cliente assume-se como agente impulsionador de ganhos em saúde visto que, quando o enfermeiro confia no cliente para a tomada de decisão sobre seus próprios cuidados os resultados são mais efetivos e com impacto positivo tanto no enfermeiro como no cliente. E, porque, nas organizações de saúde, o enfermeiro pode ser promotor de uma cultura de confiança dentro da equipa multidisciplinar e contribuir para a eficácia e qualidade dos cuidados em contextos de saúde multiculturais.

Sugere-se assim, que as equipas de enfermagem equacionem como premente, a programação de espaços de reflexão sobre a ação, onde os enfermeiros possam, de forma consciente, debater sobre as dificuldades e necessidades encontradas em contexto de cuidados multiculturais; espaços onde se promova o conhecimento contextualizado das populações migrantes a que se prestam cuidados, face à diversidade e aos processos adaptativos que caracterizam os migrantes na sua individualidade; e, por fim, o desenvolvimento de competências culturais com consequente aumento da autonomia e qualidade de cuidados de enfermagem em saúde materna.

Implicações para a disciplina

Um dos principais contributos do estudo para a disciplina de enfermagem passa pelo conhecimento da realidade portuguesa em contextos da prática clínica na área da saúde materna, com o foco na mulher migrante, favorecedor da transferibilidade do conhecimento para novas situações de cuidados de enfermagem semelhantes e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Acredita-se que os resultados do estudo podem fomentar uma boa prática de enfermagem aos enfermeiros que utilizam os seus diferentes níveis de saberes e competências na prestação de cuidados a este grupo-alvo. Assim como se julga serem

estimuladores de uma prática clínica baseada na evidência, sensibilizando os enfermeiros para a complexidade e dinâmica do fenómeno migração que requer conhecimento das suas características numa visão mais global, mas fundamentalmente, porque este se distingue em padrões regionais e sub-regionais, de acordo com o perfil dos migrantes e características socioeconómicas das sociedades recetoras bem como das diretrizes implementadas para o acolhimento dos migrantes.

No âmbito da formação de enfermagem, nos seus diferentes níveis, pensa-se que os resultados do estudo podem trazer contributos para o processo de ensino-aprendizagem na formação dos futuros enfermeiros, sensibilizando-os para as necessidades humanas na vivência de transições e ajudando-os a explorar áreas do saber no domínio da saúde materna, em conjugação com diferentes condições de vida das pessoas onde o contexto cultural se torna significativo para as intervenções de enfermagem. Aos enfermeiros, seja pela autoformação ou pela formação pós-graduada, podem ser um ponto de partida para a reflexão sobre a prática de cuidados e implementação de novas estratégias visando a otimização das intervenções de enfermagem no sentido da promoção da saúde das mulheres migrantes durante a vivência da maternidade.

Implicações para a investigação

No contexto internacional, a investigação na área da saúde materna e neonatal da população migrante constitui-se uma prioridade na Região Europeia da OMS, visto que as características dos países hospedeiros influenciam os resultados das pesquisas sobre a saúde das mulheres migrantes durante a gravidez e dos seus neonatos, gerando-se uma variedade de resultados consonantes com a variedade das características socioculturais, políticas e económicas dos países hospedeiros.

Neste sentido, os resultados do estudo realizado buscam, também, contribuir para a melhoria da saúde materna e neonatal ao nível da Região Europeia e para a formulação de respostas políticas estratégicas e sustentáveis.

Como sugestões para futuras investigações priorizaram-se duas:

- utilizar o mesmo tipo de estudo a populações migrantes de outras sub-regiões de saúde do país, afim de se ter uma maior perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem à mulher migrante durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e, deste modo, identificar e colmatar possíveis necessidades formativas dos enfermeiros;

- alargar a amostragem a mulheres migrantes com melhores condições socioeconómicas e melhores níveis de literacia, face às encontradas nas participantes do estudo, no sentido de uma melhor compreensão das necessidades de saúde das mulheres migrantes que recebem cuidados de enfermagem de saúde materna no nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). (2010). Plano integração de imigrantes - Relatório final 2010. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP. Obtido de https://www.acm.gov.pt/documents/10181/43252/Relatorio_actividades_FINAL.pdf/dfd1b952-44d9-4415-a68e-f0ec42ce75a8
- Allen, M., & Jacobs, S. K. (April de 2006). Mapping the literature of nursing: 1966–2000. *94* (2 *Suppl.*), pp. 206–220. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463040/>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Significado da teoria para a Enfermagem, enquanto disciplina e profissão. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., Vols. Unidade I - Evolução das teorias de enfermagem, pp. 15-34). Loures: Lusociência.
- Almeida, L. M., Casanova, C., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (2014). Migrant women's perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: addressing the social determinants of health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *16*, 719–723. doi:DOI: 10.1007/s10903-013-9834-4
- Almeida, L. M., Caldas, J. P., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (fevereiro de 2014). Avaliando desigualdades de saúde materna em migrantes: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*, *30* (2), 333-340. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00060513>
- Amendoeira, J. (2006). Da necessidade de proteção à confiança nos profissionais de saúde. Em C. Balsa, & C. -I. Sociológicas (Ed.), *Confiança e Laço Social* (pp. 229-237). Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, *3* (2), 273-294. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- American Psychological Association. (2012). Manual de publicação da APA (6a ed., D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Penso.
- American Psychological Association. (2012). Manual de publicação da APA (6a ed., D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Penso.
- Baganha, M. I., Góis, P., & Marques, J. C. (outubro de 2004). Novas Migrações, Novos Desafios: A imigração do Leste Europeu. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, *95*, 115. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/10905>

- Balsa, C. (2006). Relações de confiança e modalidades de laço social. Em C. Balsa, & C. -I. Sociológicas (Ed.), *Confiança e Laço Social* (pp. 9-22). Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Barcelos, M. (2004). Glossário. Em M. d. Patrão Neves, & S. Pacheco (Coord.), *Para uma ética da enfermagem* (pp. 567-578). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Basto, M. L. (2008). Investigação em Enfermagem - Temáticas actuais a nível académico. Em L. M. Gomes (Coord.), & G. I.-I. Enfermagem (Ed.), *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados* (pp. 58-80). Angra do Heroísmo: ICE. Obtido de http://sociedadeferidas.pt/documentos/Enfermagem_e_ulceras_por_Pressao_-_Colectanea.pdf
- Batista, M. A., & Pereira, S. C. (2016). Importância da Visita à Maternidade. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 170-174). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18 (1), 46-51. doi:10.12968/bjon.2009.18.1.32091
- Benzies, K. M., & Allen, M. N. (2001). Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 541-547.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. Em M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (p. 407). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade - Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. Em I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Vol. III, pp. 225-256). Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Cardoso, A., & Néné, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 481-485). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Carmo, H. (2002). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Carpenter, D. R. (2013a). Considerações éticas em investigação qualitativa. Em H. J. Streubert, & D. R. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem*.

Avançando o imperativo humanista (5ª ed., pp. 57-72). Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Carpenter, D. R. (2013b). Método de grounded theory. Em H. J. Streubert, & D. R. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5ª ed., pp. 123-139). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Carrilho, M. J., & Craveiro, M. L. (2015). Revista de Estudos Demográficos. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) *A situação demográfica recente em Portugal*, pp. 57-107. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210786633&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (Novembro de 2010). A situação demográfica recente em Portugal. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) *Revista de Estudos Demográficos, Artigo 5º*, pp. 101-146. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICACOESmodo=2
- Centeno, M. (2017). Puerpério e Lactação. Em L. M. Graça, *Medicina materno-fetal* (5ª ed., pp. 280-287). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory as an emergent method. (S. N. Hesse-Biber, & P. Levy (Eds.), Edits.) *Handbook emergent methods*, pp. 155-170.
- Charmaz, K. (2009). *A Construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artemed.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2 ed.). Califórnia, EUA: Sage.
- Chauvin, P., Parizot', I., & Simonnot, N. (2009). *O acesso aos cuidados de saúde das pessoas sem autorização de residência em 11 países da Europa*. RELATÓRIO DO INQUÉRITO DE 2008, Observatório Europeu de Acesso aos Cuidados de Saúde da Médicos do Mundo, Paris. Obtido de <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-pt-final-couv.pdf>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-37). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Salamandra Lda.
- Costa, M. A. (2004). Em M. d. Patrão Neves, & S. Pacheco (Coord.), *Para uma ética da Enfermagem* (pp. 63-80). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.

- Costa, M. A. (2009). Aprender a Cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio. Em L. M. Gomes (Coord.), & G. I.-I. Enfermagem (Ed.), *Enfermagem e Úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina à evidências nos cuidados* (pp. 83-102). Ed. Colectânea ICE. Obtido de http://sociedadeferidas.pt/documentos/Enfermagem_e_ulceras_por_Pressao_-_Colectanea.pdf
- Coutinho, E. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em Enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto/Instituto das Ciências Biomédicas Abel Salazar, Ciências Médicas e da Saúde. Porto: Repositório Aberto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84811>
- Cunha, V. (2014). Quatro décadas de declínio da fecundidade em Portugal. Em A. Caetano Carvalho, (Col.), Fundação Francisco Manuel dos Santos, & Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Edits.), *Inquérito à Fecundidade 2013* (pp. 19-28). Lisboa. Obtido de <https://www.ffms.pt/FileDownload/8b8b5c72-2e38-416c-966f-f713d41c66c2/inquerito-a-fecundidade-2013>
- Decreto-Lei nº28/2008 de 22 fevereiro. (22 de Fevereiro de 2008). Diário da República, 1.ª série — N.º 38. *Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)(Nº 38), 1ª série*, 1182-1189. Obtido de http://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (28 de Fevereiro de 2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Portugal. Obtido de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (Novembro de 2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo (PNVGBR). (DGS, Ed.) Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (Maio de 2015b). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Portugal: DGS. Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- DGS, RRMI. (2001). Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI). 72. (I. e. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Ed.) Lisboa, PORTUGAL: Direcção-Geral da Saúde (DGS). Obtido de <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-materno-infantil.aspx>
- Diário da República. (24 de Agosto de 1990). *Lei de Bases da Saúde nº 195*. (A. d. República, Ed.) Obtido de Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa: <http://www.pgdlisboa.pt>
- Diário da República. (24 de Outubro de 1992). Decreto-Lei nº 235/92. *Ministério do Emprego e da Segurança Social*, 4946-4951. Portugal.

- Dias, S. M. F., Rocha, C. F., & Horta (Col.), R. (2009). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. (estudo 32). (O. d. Migrações, Ed.) Portugal: ACIDI. Obtido de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI_32.pdf.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). Acessibilidade à saúde pelos imigrantes em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 4, pp. 511-516.
- Dias, S., & Gama, A. (2014). Migração e saúde: principais determinantes e estratégias de ação. *Cescontexto*, pp. 7-13.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. Em S. Dias (org.), *Revista migrações - Número temático imigração e saúde* (pp. 15-26). Lisboa, Portugal: ACIDI. Obtido de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art1.pdf.
- Entidade Reguladora da Saúde. (Junho de 2015). Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes. (ERS, Ed.) Porto, Portugal. Obtido de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes_v2_.pdf
- EUROSTAT. (2013). Sustainable development in the European Union. 2013 monitoring report of the EU sustainable development strategy. *Eurostat Statistical books*. Luxembourg: European Commission.
- EUROSTAT. (2017). *Migrant integration indicators*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fachada, M. O. (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais* (3ª ed., Vol. I). Lisboa, Portugal: Edições Rumo LDA.
- Fernandes, A., & Miguel, J. P. (2009). *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society*. (I. N. Jorge, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido em 2009, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epide miologia/HealthMigrationEU2.pdf>
- Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. Em E. M. Fernandes, L. S. Almeida, & (Eds), *Métodos e Técnicas de Avaliação. Contributos para a prática e investigação* (pp. 49-76). Braga: Centro de estudos em Educação e Psicologia.
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa, Portugal: Lidel.
- FFMS. (4 de março de 2019). *População estrangeira (%)*. Lisboa: PORDATA. Obtido de <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Fidalgo, L. (2003). *(Re)Construir a maternidade. Numa perspectiva discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Figes, K. (2001). *A Mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. Em M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2ª ed., pp. 161-180). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Flick, U. (2013). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrile, J. (2009). *Mighealthnet - Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Universidade de Lisboa, Departamento de Geografia/Centro de Estudos Geográficos. Lisboa: MIGHEALTHNET.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidácta.
- Galvão, C., Sawada, N., & Trevisan, M. (May/June de 2004). Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *12*, pp. 549-556. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GES), & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2019). Quadros de Pessoal 2016 - Coleção Estatística. (2ª). (G. d. (GEP), Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido de www.gep.mtsss.gov.pt
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, USA: Aldine.
- Goyal, D., Murphy, S. O., & Cohen, J. (Jan-Feb de 2006). Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *Journal Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, pp. 98-104.
- Graça, L. M. (1996). Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez. Em L. Mendes da Graça, *Medicina Materno-Fetal. Fundamentos e Prática Clínica* (pp. 81-93). Lisboa: Wyeth Lederle.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Griffiths, C., & Kuppermann, M. (Jan de 2008). Perceptions of prenatal testing for birth defects among rural Latinas. *Maternal & Child Health Journal*, pp. 34-42.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril, Portugal: Principia Editora.
- Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Version 5.1.0). Obtido de <http://www.cochrane-handbook.org/>

- INE. (6 de junho de 2017). Estatísticas dos Partos. (INE, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE), I.P. (2018a). *Estatísticas Demográficas 2017*. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa, Portugal: INE, I .P. Obtido de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE), I.P. (15 de junho de 2018b). Destaque. Informação à comunicação social. *Estimativas de População Residente em Portugal 2017*, p. 13. Obtido de www.ine.pt
- IOM. (2003). *World Migration 2003: Managing migration – Challenges and responses for people on the move*. Geneva: International Organization for Migration. Obtido de <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2003-managing-migration>
- IOM. (2009). *Glossário sobre Migração*/publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf. (O. I. (OIM), Ed.) Obtido de International Organization for Migration/ Organização Internacional para as Migrações: [http:// www.publications.iom.int/](http://www.publications.iom.int/)
- IOM. (2018). *wmr_2018_en.pdf*. (I. O. Migration, Editor) Obtido de www.iom.int: <https://www.iom.int>
- IOM. (2018). *World Migration Report 2018*. (I. O. (IOM), Ed.) Obtido de www.iom.int: www.iom.int
- IOM, UN Migration. (2018). International Migrants Day. Obtido de <https://www.iom.int/migrantsday>
- Johns, J. L. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 76-83. Obtido de <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.16310.x>
- Jolly, S., & Reeves, H. (2005). Gender and Migration: Overview Report. (Institute of Development Studies , Ed.) Obtido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/39697/1/1858648661%20%282%29.pdf>
- Kennel, J. H. (2005). Tornar-se uma família: Vinculação e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton, & et al, *A criança e a família no século XXI* (pp. 61-70). Lisboa: DINALIVRO.
- Keygnaert, I., Ivanova, O., Guieu , A., Van Parys , A.-S., Leye ., E., & Roelens, K. (2016). *What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region*. World Health Organization, Health Evidence Network (HEN) synthesis report 45. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Obtido de www.euro.who.int
- Khanlou, N., Haque , N., Skinner, A., Mantini, A., & Kurtz Landy, C. (22 de January de 2017). Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women

- in Canada: Prenatal, intrapartum, and postnatal care. (F. Facchinetti, Ed.) *Journal of Pregnancy*, 14 pages. Obtido de <https://doi.org/10.1155/2017/8783294>
- Kitzinger, S. (1996). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade* (2ª ed. ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Lavaredas, A., & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. Em M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 58-67). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Portugal: Lusodidacta.
- Leal, I. (Outubro de 1999). Nota de Abertura. Psicologia da Gravidez e da Maternidade. (ISPA, Ed.) *Análise Psicológica*, 7ª Série (4), 365-366.
- Leal, I. (2009). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Lee, L., Yin, T. J., & Yu, S. (Mar de 2009). Prenatal examination utilization and its determinants for immigrant women in Taiwan: an exploratory study. *Journal of Nursing Research*, pp. 73-82.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (16 de setembro de 2015). Diário da República, 1.ª série — N.º 181. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, 8059-8105. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Diário da República Eletrónico. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lei n.º 25/94, de 19 de agosto. (19 de agosto de 1994). Lei da nacionalidade. Portugal. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=615&tabela=leis&nversao=&so_miolo=
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. M. (1995). *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices* (2ª ed.). New York, USA: McGraw Hill.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2ª ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Lemaitre, G., Liebig, T., Thoreau, C., & Fron, P. (2008). Standardised statistics on immigrant inflows: results, sources and methods. (OCDE, Ed.) Paris. Obtido de <https://www.oecd.org/els/mig/38832099.pdf>
- Lin, M., Shieh, C., & Want, H. (Jun de 2008). Comparison between pregnant Southeast Asian immigrant and Taiwanese women in terms of pregnancy knowledge, attitude toward pregnancy, medical service experiences and prenatal care behaviors. *Journal of Nursing Research*, pp. 73-82.

- Lopes, F. M. B. A. (2015). *O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem* (Tese de Doutoramento), Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Obtido em Agosto de 2017, de <http://repositorio.ucp.pt>
- Lopes, J. C. (2009). Organizações de Saúde Multiculturais. Em J. C. Lopes, M. C. Santos, M. S. Dias de Matos, & O. Paiva Ribeiro, (Coord.), *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para um melhor cuidar* (Vol. II, pp. 103-130). Loures: Lusociência.
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M. P., . . . Gândara, M. (2011). Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, 15 (2), 3-13.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2009). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusociência.
- Machado, M. C. (2009). Globalização, Multiculturalidade e Saúde. Em J. C. Lopes, M. C. Santos, M. S. Matos, & O. P. Ribeiro (coord.), *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem: Contributos para melhor cuidar* (pp. 1-10). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (Setembro de 2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. (ACIDI, Ed.) *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, pp. 103-127. Obtido de http://www.ucp.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/cuidados_saude_materna_infantil_santana_MCM.pdf
- Malheiros, J., & Esteves (coord.), A. (Junho de 2013). Diagnóstico da população imigrante em Portugal. Desafios e potencialidades. (Coleção Portugal Imigrante). (O. d. Imigração, Ed.) Lisboa, Portugal: ACIDI, I.P. Obtido de www.om.acm.gov.pt/documents/58428/.../54b9d9df-c68f-48ea-bfeb-cbfda776ad46
- Marques, J. C., & Góis, P. (2012). *A emergência das migrações no feminino - Feminização das migrações de (e para) Portugal e suas consequências sociopolíticas*. Cascais: Principia.
- Mascoli, L. (Outubro de 1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em Isolamento e no pós-parto distóxico. *Análise Psicológica*, 4, pp. 377-386.
- McDonald, S., Crumley, E., Eisinga, A., & et al. (2007). Search strategies to identify reports of randomized trials in MEDLINE (Protocol). (C. D. Review, Ed.) p. 2. Obtido de <http://www.cochrane.org/MR000018>
- Meighan, M. M. (2004). Ramona T. Mercer: Conceção do papel maternal. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 521-542). Loures: Lusociência.

- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2010). Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. Em A. I. Meleis (Editor), *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific. Theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2010a). Immigrant Transitions and Health Care: An Action Plan. Em A. I. Meleis (Editor), *Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 241-242). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle-range and situations-specific. Theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. (42(6)), pp. 255-259.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento paterno e materno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.
- Mercer, R. (2010). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 94-104). New York, EUA: Springer Publishing Company, LLC.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother Versus Maternal Role Attainment. (S. T. International, Ed.) *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Messias, D. H. (2010). Migration Transitions. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (Vol. II, pp. 226-231). USA: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Miranda, J. (Outubro de 2009). Mulheres imigrantes em Portugal: Memórias, dificuldades de integração e projectos de vida. (Estudo 35). (I. P. ACIDI, Ed.) Lisboa. Obtido de <http://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/coleccao-estudos>
- Moita, M. A., & Silva, A. L. (2º semestre de 2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 20, N°2, 72-88.

- Monteiro, I. (2007). *Ser Mãe Hindu - Práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração* (Tese 9 ed.). (O. d. Migrações, Ed.) Portugal: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). Obtido de <http://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-teses>
- Morse, J. M. (2007). *Aspetos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Néné, M., Marques, R., & Batista (Coord.), M. A. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Nugent, J. K. (2005). O contexto cultural do desenvolvimento da criança: implicações para a pesquisa e para a prática clínica no sec. XXI. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton, & et al, *A criança e a família no século XXI* (pp. 137- 152). Lisboa: DINALIVRO.
- Nunes, L. (2009). Multiculturalidade - a perspectiva da ordem dos enfermeiros. Em J. C. Lopes, M. C. Santos, M. S. Dias de Matos, & (. O. Paiva Ribeiro, *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 47-64). Loures, Portugal: Lusociência.
- OCDE. (2015). Indicators of immigrant Integration 2015: Settling in. (E. Union, Ed.) Paris: Publishing, OCDE. Obtido de <Http://www.oecd.org/els/mig/Indicators-of-Immigrant-Integration-2015.pdf>
- OCDE. (2016). International Migration Outlook 2016. (O. Publishing, Ed.) Paris. Obtido de <http://www.oecd.org>
- OE. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. (C. d. Enfermagem, Ed.) Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (22 de Outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- OE. (Agosto de 2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. (C. d. Enfermagem, Ed.) Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Oliveira (Coord.), C. R., & Gomes, N. (2018b). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual (Imigração em Números – Relatórios Anuais 3)*. Observatório das Migrações. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP). Obtido de <https://www.om.acm.gov.pt>

- Oliveira (Coord.), C. R., & Gomes, N. (outubro de 2016). *Indicadores de integração de imigrantes. Relatório estatístico anual 2016*. (I. Alto Comissariado para as Migrações (ACM, Ed.) Obtido de Web site de Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP): https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2016_.pdf/f276bae0-d128-43b5-8558-cdb410249fd2
- Oliveira (Coord.), C. R., & Gomes, N. (dezembro de 2017). *Indicadores de integração de imigrantes. Relatório estatístico anual 2017*. (ACM, Ed.) Obtido de Web site de Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP): <http://www.om.acm.gov.pt>
- Oliveira (Coord.), C. R., & Gomes, N. (setembro de 2018a). *Migrações e Saúde em números: o caso português*. Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP) . Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP). Obtido de <https://www.om.acm.gov.pt>
- Oliveira, C. R., & Pires, C. (Agosto de 2010). Imigração e sinistralidade laboral. (Estudo 41). (O. d. Imigração, Ed.) Lisboa: ACIDI, I. P. Obtido de http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI_41.pdf/c172e1ab-223b-4079-b812-e1e9419abe8c
- Oliveira, C. S., & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 67-74.
- ONU News. (18 de dezembro de 2018). Dia Internacional dos Migrantes. *ONU defende dignidade para marcar Dia Internacional dos Migrantes*. Obtido de <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1652251>
- ONU, O. d. (1998). United nations recommendations on international migration statistics. Revision 1. New York: Organização das Nações Unidas. Obtido de https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1e.pdf
- Padilha, B., & Miguel, J. (2009). Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. Em A. Fernandes, & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 15-22).
- Parreira, V., Coutinho, E., & Néné, M. (2016). A competência cultural e a prática de enfermagem no processo de maternidade. Em M. Néné, R. Marques, & M. Amado Batista (coord), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Vol. II, pp. 83-93). Lisboa: Lidel.
- Peacock, N. R., Kelley, M. A., Carpenter, C., Davis, M., Burnett, G., & Chavez, N. (Jun de 2001). Pregnancy discovery and acceptance among low-income primiparous women: a multicultural exploration. *Maternal & Child Health Journal*, pp. 109-118.
- Peixoto, J., Craveiro, D., Malheiros, J., & Tiago de Oliveira (Org.), I. (maio de 2017). *Migrações e sustentabilidade demográfica. Perspetivas de evolução da sociedade e economia portuguesas*. (F. F. Santos, Ed.) Obtido de

<https://www.ffms.pt/FileDownload/4b3c99cf-f49c-4cd2-8ca4-a1ee7b1a77e8/migracoes-e-sustentabilidade-demografica>

- Peter, E., & Morgan, K. P. (2001). Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry*, 8 (1), 3-10.
- Polit, D., & Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7ª ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P., & Perry, A. (2014). Comunicação. Em P. Potter, & A. Perry, *Fundamentos em Enfermagem* (8 ed., pp. 324-342). Brasil: Elsevier Brasil.
- Presswalla, J. L. (2004). Compreender os outros: Comunicação e cultura. Em J. B. Riley, *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed., pp. 59-75). Loures: Lusociência.
- Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health* , 11:2, 7-15. Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Larry_Purnell/publication/11265758_The_Purnell_Model_for_Cultural_Competence/links/00b495330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção . (U. Aberta, Ed.) *Psychologica*, N° 41, pp. 329-350.
- Ramos, M. N. (2012). Migração, Maternidade e Saúde. *Repertório*, 1, pp. 84-93. Ramos, M. P. (2008). Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais. Em N. [J. Ramos, *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (pp. 11- 44). Paraíba, Cidade Universitária João Pessoa, Brasil: Editora Universitária da UFPB.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ravert, A. A., & Martin, J. (1997). Family stress, perception of pregnancy and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence*, pp. 261–269. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Regulamento n.º 127/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*, 8662 - 8666. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- Regulamento n.º 190/2015. (23 de abril de 2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, N.º 79, 10087-10090. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Portugal: Diário da República. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>

Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

- Regulamento n.º 428/2018. (16 de julho de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, 19354-19359. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Reis, A. M. (2015). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros. Os imigrantes e a prática clínica em cuidados de saúde primários*. Berlim: Novas Edições Acadêmicas.
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (Jan de 2008). They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal & Child Health Journal*, pp. 101-111.
- Renaud, M. (2004). Dignidade Humana. Em M. d. Patrão Neves, & S. Pacheco (coord.), *Para uma ética da enfermagem* (pp. 203-214). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015. (20 de março de 2015). *Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020)*. (1. s.—N.—2. Diário da República, Ed.) Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/66807913>
- Rocha-Trindade (Dir.), M. B. (1995). *Sociologia das Migrações*. Universidade Aberta.
- Rolls, C., & Chamberlain, M. (Sep de 2004). From east to west: Nepalese women's experiences. *International Nursing Review*, pp. 176-184.
- Rosa, M. V., Seabra, H., & Santos, T. (2005). *Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa. O papel das populações de nacionalidade estrangeira* (2ª Edição ed.). (O. d. Imigração, Ed.) Lisboa, Portugal: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' conceptions of involuntarily migrated families' health. Em A. I. Meleis (Editor), *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 242-250). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2002). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santiago, C., & Figueiredo, M. H. (20 de September de 2013). Immigrant women's perspective on prenatal and postpartum care: Systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, pp. 276-284. doi:10.1007/s10903-01
- Santiago, C. (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório : contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. Universidade Aberta. Lisboa: RCAAP. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.2/1347>

- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (June de 2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *15*(3), pp. 508–511. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, G. C. (2009). *Recém-nascidos de muito baixo peso e famílias migrantes. Maternidade Dr. Alfredo da Costa - uma janela sobre a sociedade contemporânea portuguesa*. Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/4360>
- Santos, V. (2004). *O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à actualidade*. (Vol. 8). (A.-C. P. (ACIME), Ed.) Lisboa, Portugal: Observatório da Imigração. Obtido de <http://www.om.acm.gov.pt>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific. Theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (2010). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. Em A. I. Meleis (Editor), *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 129-144). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- SEF. (junho de 2010). *Relatório de imigração fronteiras e asilo - 2009*. (S. d. Fronteiras, Ed.) Obtido de https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2009.pdf
- SEF. (2011). Relatório de imigração: Fronteiras e asilo. Portugal: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Obtido de http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf
- SEF. (junho de 2017). *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2016*. (S. d. Fronteiras, Ed.) Obtido de <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2016.pdf>
- SEF. (junho de 2018). *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2017*. (S. d. Fronteiras, Ed.) Obtido de <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.
- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8, 28-36.
- Shaffer, C. F. (Feb de 2002). Factors influencing the access to prenatal care by Hispanic pregnant women. (14(2), Ed.) *Journal of the American Academy Nurse Practitioners*, pp. 93-96.
- Shams, M.-L. A., & Dixon, L. S. (Jan. de 2007). Mapping selected general literature of international nursing. (J. o. Association, Ed.) *95*(1), pp. E1–5. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1773024/>
- Slepoj, V. (2000). *As Relações de Família*. Lisboa: Editorial Presença.

- Soulet, M.-H. (2006). Confiança e Capacidade de Ação. Agir em Contexto de Inquietude. Em C. Balsa, & F.-U. CEOS - Investigações Sociológicas (Ed.), *Confiança e Laço Social* (pp. 25-47). Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Sousa, J. E. (2008). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde* (2ª ed., Vol. 4). Lisboa, Portugal: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Parck, CA: Sage.
- Streubert, H. J. (2013). A Condução da Investigação Qualitativa: Elementos comuns essenciais. Em H. Streubert, & D. R. Carpenter, *Investigação Qualitativa Em Enfermagem. Avançando o Imperativo humanista* (5ª ed., pp. 19-33). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Sword, W., Watt, S., & Krueger, P. (Nov-Dec de 2006). Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, pp. 717-727.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Topa, J. (Dezembro de 2016). Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na Região do Grande Porto: Percursos, discursos e práticas. *Tese 47(ALTO-COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES (ACM, I.P.)).* (O. d. Migrações, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido de <http://www.om.acm.gov.pt>
- Travassos, C., & Martins, M. (Janeiro de 2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. (SciELO Brasil, Ed.) *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (Suppl. 2), pp. S190-S198. doi:doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014
- UNFPA. (2006). *State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration*. Obtido de <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>
- Vergani, T. (1995). *Excrementos do Sol: a propósito de diversidades culturais*. Universidade Aberta. Lisboa (Bibliotecas da Universidade Aberta): Pandora.
- Wall, K., & et al. (2008). Mulheres imigrantes e novas trajetórias de migração: um croché transnacional de serviços e cuidados no feminino. Em M. Villaverde, K. Wall, S. Aboim, F. Silva, (edc), & (edc.), *Itinerários: A investigação nos 25 anos do ICS* (pp. 603-622). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- WHO. (3-5 de Março de 2010). Health of migrants: the way forward – report of a global consultation. (W. H. Organization, Ed.) Madrid, Espanha: WHO. Obtido de www.who.int/.../consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf.

- WHO. (18 de Dezembro de 2017). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/12/celebrating-the-contribution-of-migrants-to-communities-across-europe>. (W. H. Europe, Ed.)
Obtido de World Health Organization: <http://www.euro.who.int>
- WHO Regional Office for Europe. (2018). Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children. Technical guidance. *Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children (2018)*, 34. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe. Obtido de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-the-health-care-of-pregnant-refugee-and-migrant-women-and-newborn-children-2018>
- Wiki Culturama. (2 de dezembro de 2014). *Conceito e Definição de Respeito (Significado / O que é)*. Obtido em 24 de Agosto de 2017, de Wiki Culturama: <https://educavita.blogspot.pt/2014/12/conceito-e-definicao-de-respeito.html>
- Williams, R. P. (1999). A família, uma unidade de cuidados . Em I. M. Bobak, D. L. Lowdermilk, & M. D. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed., pp. 11-24). Loures: Lusociência.
- Yeo, S., Fetters, M., & Maeda, Y. (Sep de 2000). Japanese couples' childbirth experiences in Michigan: implications for care. *Birth: Issues in Perinatal Care*, pp. 191-198.
- Zampieron, J. (2004). Os caminhos para a Pós-graduação. Livraria da Física.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Guião de entrevista intensiva ajustada à *Grounded Theory*

**GUIÃO DE ENTREVISTA INTENSIVA AJUSTADA
À *GROUNDED THEORY***

Tema: O significado atribuído pelas mulheres imigrantes à interação que estabeleceram com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, em contexto de saúde português

Objetivos da Entrevista:

Colher dados sobre

- Os elementos considerados como caracterizadores dos cuidados de enfermagem durante a vigilância pré-natal ao pós-parto?
- Identificar se esses mesmos elementos estão presentes nos vários enfermeiros com quem tenha interagido nesses períodos de vigilância?
- Quais os significados que as mulheres imigrantes atribuem às intervenções de enfermagem implementadas pelos enfermeiros?

Elementos de Identificação

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____

Hora de Início: _____ Hora do Fim: _____

Duração: _____

Local: _____

Dados da Participante:

Idade: _____; Estado Civil: _____; Nº filhos/Idade: _____;

País de origem: _____; Tempo de imigração em Portugal: _____;

Com quem coabita em Portugal: _____

_____; Empregada: Sim_

_____/Não ____; Tipo de Emprego: _____;

Nível de compreensão da língua portuguesa (perceber e falar):

Percebe e fala bem; _____; Percebe bem e fala razoavelmente: _____;

Percebe e fala razoavelmente: _____.

Legitimação da entrevista

- Apresentação do entrevistador;
- Contextualização da temática de investigação e seus objetivos;
- Referenciar a importância da participação do entrevistado (grupo alvo selecionado) para a investigação pretendida;
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas;
- Informar sobre o tempo previsto para a realização da entrevista.
- Pedir autorização para a gravação da entrevista como suporte auditivo;
- Legitimar a participação no estudo, através da sinalização de uma cruz no *Consentimento informado*.

A- Questões abertas iniciais	
QUESTÕES	INDICADORES
<p>1- <u>O processo de imigração em Portugal</u></p> <p>1.1- Gostaria que me contasse o que a levou a imigrar? Quais as principais razões? O que esperava conseguir obter com a imigração? Porquê a opção por Portugal?</p> <p>1.2- Esta é a sua primeira experiência como imigrante?</p> <p><u>Se sim</u>: Como decorreu todo o processo até agora? O que tem influenciado mais as suas vivências e comportamentos no país de acolhimento que escolheu? Quais as modificações positivas que ocorreram na sua vida desde que imigrou? Onde sente que a imigração não está a ser como esperava?</p> <p><u>Se não</u>: Onde já esteve imigrada? Porque decidiu imigrar novamente? E as anteriormente colocadas.</p> <p>1.3- Como poderá descrever o modo como perspectivava a imigração antes de vir para Portugal e a experiência que viveu até</p>	<p><u>Questão 1.1</u></p> <p>- Visão das expectativas face à imigração: pessoais; familiares; melhoria das condições de vida...</p> <p>- Principais razões da escolha do país de acolhimento: pontos de referência culturais/familiares; familiaridade com a língua; facilidades profissionais...</p> <p><u>Questão 1.2</u></p> <p>- Compreensão do percurso realizado, as principais influências, as mudanças e/ou reajustamentos de ordem física, psicológica, socioeconómica e cultural que acompanham todo o processo.</p> <p><u>Questão 1.3</u></p> <p>- O significado da experiência da imigração vivida até ao momento.</p>

agora? Como descreveria a pessoa que era naquela época e a que é agora?	
B- Questões intermédias	
QUESTÕES	INDICADORES
<p>2- <u>Vivências da gravidez e maternidade</u></p> <p>2.1- Fale-me sobre o que pensou e sentiu quando engravidou cá em Portugal? Quando aconteceu, como descreve o envolvimento do seu companheiro/família na situação? Quais as circunstâncias de vida, no momento, e quais as pessoas que considera que exerceram maior influência nas suas decisões e comportamentos, perante a situação?</p> <p>2.2- E em relação às suas experiências pessoais anteriores, no que diz respeito à gravidez e à maternidade, o que considera que exerceu maior segurança para a experiência que iria viver aqui em Portugal? E o que achou que mais falta lhe fez?</p> <p>2.3- Onde encontrou maiores diferenças entre o que estava habituada a considerar como adequado ou esperado para uma mulher</p>	<p><u>Questão 2.1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão dos sentimentos e significados atribuídos à experiência da gravidez e maternidade fora do seu país de origem. - A importância atribuída ao contexto familiar e sociocultural, recursos e rede de suporte que teria no seu país; <p><u>Questão 2.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O significado atribuído à experiência vivida num contexto social familiar e a sua aplicabilidade numa outra sociedade. <p><u>Questão 2.3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos a ter durante a gravidez e maternidade; comportamentos esperados pela sociedade/família que a grávida e a mãe devem ter.

<p>grávida ou após o parto, consigo própria e com o bebé, e o que observou aqui em Portugal?</p> <p>2.4- O que acha da colaboração do pai durante a gravidez e após o nascimento da criança? Encontrou alguma diferença entre o que é normal os pais fazerem no seu país e o que os pais colaboram cá? O que pensa sobre isso? Quem foi que mais a ajudou durante o período da gravidez, que experienciou em Portugal, e nos primeiros tempos após o parto?</p> <p>3- <u>Comportamentos de saúde da gravidez ao pós-parto</u></p> <p>3.1- Gostaria que me falasse um pouco sobre os comportamentos de saúde que estava habituada a ter no seu país, para quando se está grávida e após o parto? Encontrou muitas diferenças cá?</p> <p>3.2- Que valor ou importância atribuiu às diferenças que encontrou? O que achou que poderia ser vantajoso para si? E para o bebé? E a quais não atribuiu grande importância? Pode explicar o porquê?</p>	<p><u>Questão 2.4</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Significado atribuído às funções e responsabilidades paternas durante a gravidez e na maternidade, com a mulher e com o filho;- Existência ou não da colaboração paterna nos cuidados à criança, nas tarefas domésticas;- Identificação das redes de apoio sociais utilizadas e de outros tipos de apoios. <p><u>Questão 3.1</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Identificação de comportamentos de saúde específicos de cada etnia/cultura. <p><u>Questão 3.2</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Crenças relacionadas com as práticas cuidativas com a criança;- Crenças e rituais relativas aos cuidados após o parto;- A valorização, ou não, das orientações familiares.
---	---

<p>4- <u>Assistência de saúde pré-natal e no pós-parto em CSP</u></p> <p>4.1- Para ter acesso aos serviços de saúde durante a sua gravidez, o que teve que fazer cá em Portugal? Onde encontrou maiores dificuldades? Como conseguiu resolver os problemas que encontrou?</p> <p>4.2- Teve apoio de alguma organização? De que maneira foi útil?</p> <p>Quem foram os principais informantes sobre como se processa a vigilância da gravidez, a assistência durante o parto e após o parto?</p> <p>4.3- o que mais aprecia da nossa assistência de saúde? O que menos aprecia?</p> <p>5- <u>Cuidados de enfermagem recebidos durante a vigilância pré-natal e no pós-parto em CSP</u></p>	<p><u>Questão 4.1; 4.2 e 4.3</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Identificação do conhecimento sobre como usufruir do SNS português e que tipo de assistência que é oferecida durante a vigilância pré-natal, parto e pós-parto e na vigilância da criança;- Identificação da adaptação aos comportamentos de saúde da sociedade de acolhimento.- Dificuldades relacionadas com a acessibilidade; dificuldade na comunicação; desconhecimento dos recursos de saúde existentes; problemas económicos; valorização dada aos cuidados de saúde durante a gravidez e maternidade (influência cultural) ... <p><u>Questão 5.1 e 5.2</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Reconhecimento da existência de comportamentos, crenças e práticas de saúde dos clientes diferentes da nossa;
---	---

<p>5.1- Com quanto de gestação iniciou a vigilância da sua gravidez? Foi por sua opção? E quais as razões que a levaram a tomar essa decisão?</p> <p>Se por outras razões, quais foram? Como reagiu a isso?</p> <p>5.2- Quais os cuidados de enfermagem que lhe foram dados aqui que são comuns aos realizados no seu país (exemplos relativos à gravidez e ao pós-parto)?</p> <p>E onde ou em quais encontrou maiores diferenças?</p> <p>5.3- Qual a importância que atribuiu a esses novos cuidados que não estava habituada? Colocou-os em prática? E porquê que decidiu fazê-lo?</p> <p>5.4- Após essa mudança de comportamento, encontrou benefícios? E, agora, se voltasse ao seu país consideraria mantê-los?</p> <p>5.5- Perante as diferenças que foram surgindo, como interagiu com o(s) enfermeiro(s) para esclarecer as suas dúvidas? Que questões normalmente colocava?</p>	<p>- Aceitação, ou não, desses comportamentos diferentes dos de origem.</p> <p><u>Questão 5.3 e 5.4</u></p> <p>- Identificação da diferença entre o conhecimento existente e o adquirido com a experiência;</p> <p>- Processo de aculturação evidenciado.</p> <p><u>Questão 5.5 e 5.6</u></p> <p>- Intervenções para dar resposta às necessidades de saúde da mulher imigrante;</p>
--	---

<p>Considera que as respostas foram de acordo com as suas necessidades? Que conhecimentos o(os) enfermeiro(os) demonstraram acerca da sua cultura, crenças e práticas de saúde direcionadas para a gravidez, pós-parto?</p> <p>E caso não demonstrassem, como tentaram ir ao encontro das suas necessidades e dúvidas?</p> <p>5.6- Qual a importância que o(os) enfermeiro(os) davam às suas experiências e conhecimentos? Sentiu que perante as diferenças que surgiam houve preocupação em adequar às suas necessidades? E o que acha sobre esse comportamento?</p> <p>5.7- Que aspetos valoriza na interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância da sua gravidez e no pós-parto?</p> <p>Considera que os enfermeiros com quem interagiu estavam sensíveis à sua forma de estar e de se expressar? Dê-me um exemplo que ache que ilustra a sua ideia? E como reagiu?</p> <p>5.8- O que acha que poderia ter sido diferente e mais de acordo com as suas expectativas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização de uma avaliação cultural inicial (utilização de quadros conceptuais e teóricos culturalmente adequados); - Conhecimento/Informação que o profissional de saúde apresenta; - Reconhecimento do profissional de saúde da sua própria cultura, crenças e comportamentos de saúde. <p><u>Questão 5.7 e 5.8</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização dos diferentes tipos de comunicação na abordagem ao cliente imigrante; - Valorização dos padrões culturais de comunicação: expressão facial; proximidade espacial; aceitação do toque; contacto visual; disposição em partilhar pensamentos e sentimentos; a idade e o sexo; - Intervenções para dar resposta às necessidades de saúde da mulher imigrante.
---	---

C- Questões finais	
QUESTÕES	INDICADORES
<p>6- <u>Conclusão positiva da entrevista face aos tópicos relatados como acontecimentos significativos para a pessoa entrevistada</u></p> <p>6.1 - De que modo as intervenções dos enfermeiros afetaram os seus comportamentos de saúde durante a gravidez e no pós-parto? O que acha que contribuiu mais para o seu conhecimento e segurança ou necessidades durante a gravidez e depois no pós-parto?</p> <p>6.2- Como tem sido o seu crescimento pessoal após estas experiências com os enfermeiros portugueses durante a vigilância da sua gravidez e após o parto?</p> <p>6.3- Após ter passado por esta experiência, que conselho daria a uma mulher imigrante do seu país que ficasse grávida e que iria receber cuidados de enfermagem no SNS português?</p>	<p><u>Questão 6.1</u></p> <p>- Valorização das intervenções de saúde implementadas pelos enfermeiros portugueses, acessibilidade aos mesmos...</p> <p>- Necessidade de formação neste âmbito; informação sobre outros recursos existentes na comunidade; reconhecimento dos profissionais face às suas limitações...</p> <p><u>Questão 6.2 e 6.3</u></p> <p>- Reconhecimento/identificação do significado da experiência vivida; as limitações existentes;</p> <p>- Cuidados de saúde multiculturais adaptados às necessidades e diversidades das clientes;</p> <p>- Consultas de vigilância durante a gravidez, puerpério, saúde da mulher; internamento hospitalar durante a gravidez, parto e maternidade; visita domiciliária, durante a gravidez e maternidade</p>

<p>6.4- Há algo mais que considere que deva saber para compreender melhor a o que me tem relatado da sua experiência?</p> <p>6.5- Há algo que gostaria de me perguntar?</p>	
<p>7- Para terminar, gostaria que me relatasse uma experiência significativa, para si, durante a interação que estabeleceu com o enfermeiro português durante a vigilância da sua gravidez ou no pós-parto.</p>	

APÊNDICE B - Modelo de declaração a assinar pelos profissionais de saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO
(Original)

Declaro ter sido claramente informado(a) pela doutoranda Maria da Conceição Fernandes Santiago acerca do tema e objetivos do estudo a ser desenvolvido, bem como do compromisso que é assumido no que diz respeito às normas éticas e deontológicas que norteiam os trabalhos de investigação, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato dos participantes do estudo, aquando da publicação da tese de doutoramento.

Deste modo, colaboro na identificação das mulheres imigrantes que realizam a vigilância pré-natal e/ou no pós-parto com enfermeiros nesta unidade de saúde, comprometendo-me em pedir autorização às potenciais participantes, para ser fornecido o seu contacto à investigadora, afim de, posteriormente, poderem ser e por sua livre vontade participantes do estudo.

Assim, faço-o por livre e espontânea vontade.....

(Assinatura do profissional de saúde colaborador)

Unidade Funcional:

Maria da Conceição Fernandes Santiago, professora na Escola Superior de Saúde de Santarém, a frequentar o Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Contacto pessoal TM: 918091815

Obrigada pela sua colaboração.

(Maria da Conceição F. Santiago)

_____/_____/_____/_____

APÊNDICE C - Modelo de consentimento informado para participantes no estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO

(Original)

Título do estudo: “*A Perspetiva da Mulher Migrante sobre a Interação com o Enfermeiro: da Gravidez ao Pós-parto*”

Entrevista nº: _____

Cara Senhora,

É com todo o interesse que a convido a participar no meu estudo de doutoramento, onde gostaria que me relatasse a sua experiência de estar grávida, ou do percurso desde a gravidez ao pós-parto, em que tem usufruído da assistência de saúde de enfermeiros portugueses.

O seu testemunho será um contributo muito importante para melhorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os significados que as mulheres migrantes, independentemente da sua raça ou etnia, atribuem às intervenções de enfermagem implementadas desde a vigilância pré-natal ao pós-parto, num contexto cultural diferente do seu e na identificação de aspetos que melhor possam caracterizar a interação entre a mulher migrante e o enfermeiro, na perspetiva da própria mulher migrante.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária, consistindo em aceitar responder a uma entrevista sobre os assuntos acima referidos e sendo-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade.

Maria da Conceição Fernandes Santiago, professora na Escola Superior de Saúde de Santarém, a frequentar o Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Contacto pessoal - TM: 918091815

Obrigada pela sua colaboração.

(Maria da Conceição F. Santiago)

Participante do estudo:

Declara que concorda com o que lhe foi proposto e explicado pela doutoranda que assina este documento, e que consente livre e esclarecidamente em participar no estudo acima

mencionado, autorizando, também, que a entrevista seja gravada em suporte magnético (gravador áudio).

(Assinatura da entrevistada)

_____, ____/____/____

APÊNDICE D – *Memo*: Qualificando as intervenções de enfermagem durante a vigilância pré-natal

Memo: Qualificando as intervenções de enfermagem durante a vigilância pré-natal
(Data: 10 de Abril de 2015)

Caso 2- Por saber o propósito da minha entrevista, aproveitou este momento para manifestar o seu parecer sobre como avalia os cuidados de enfermagem portugueses. A expressão “somos tratadas bem”, dá uma imagem positiva dos cuidados de enfermagem, em termos gerais, mas também vejo esta expressão, como um ponto de partida, para explorar onde este significado se torna mais representativo para cada mulher e em que situação específica. Para esta grávida, o facto de associar o “bem tratada” com o receber conselhos e informação diversificada no âmbito dos comportamentos de saúde a ter durante a gravidez, poderá estar relacionado com o facto de ser uma primigesta, normalmente, ávidas de informação que as ajude a estar em segurança nesta nova experiência e saber agir perante o desconhecido.

Mas quando valoriza a disponibilidade da enfermeira para o esclarecimento de dúvidas, estimulando a grávida a questionar, dá a perceber que lhe é dado espaço para expor as suas necessidades, quer relativamente à compreensão do que lhe foi transmitido, quer para outro assunto seu. O exemplo que utiliza para justificar o que disse “...ela conseguiu que eu saísse um bocadinho da casca, e perguntasse essa coisa...”, ajuda-me a perceber que a enfermeira procura dar abertura à grávida para colocar as suas questões, mesmo quando se trata de assuntos que criam algum constrangimento na mulher (Uma estratégia: conceder espaço físico, tempo e apoio à verbalização).

Surge, assim, oportunidade de começar a explorar as questões que tinha em mente nomeadamente: tentar compreender que tipo de assuntos a grávida tem vergonha de colocar à enfermeira; quais as razões que a levam a sentir-se assim; e que intervenções de enfermagem ajudaram esta grávida a ultrapassar a sua vergonha e passar a sentir-se à vontade junto da enfermeira. Comecei por tentar perceber as razões porque a levam a sentir-se constrangida junto da enfermeira, comentando “E- A vergonha tem a ver com a sua personalidade...”, ao que a grávida apenas respondeu com um sim (baixando a cabeça) e terminando o assunto. Optei por mudar de tema e esperar outro momento mais oportuno...

APÊNDICE E – *Memo: Categoria MATERNIDADE VIVIDA COMO MIGRANTE*

Memo: Categoria MATERNIDADE VIVIDA COMO MIGRANTE

Exemplo de fases de elaboração

(Datas 2 de março; revisto a 17 e 22, 24, 30 de março de 2016)

Compreender e caracterizar os processos de gravidez ou da maternidade que as mulheres migrantes participantes no estudo se encontram a experienciar, emergiu dos dados como uma necessidade de enquadramento das particularidades de cada um destes processos, nas situações de vida individualizadas das mulheres que interagem com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

A gravidez, como processo de transição flutuante, contribui para o desenvolvimento psicossocial da mulher, onde diversos fatores podem ter influência direta ou indireta sobre o papel maternal. Mercer (1991,1995), considera que o *self* da mulher, adquirido através da socialização ao longo da vida, determina o modo como uma mãe define e apreende os eventos e, o seu nível de desenvolvimento e características inatas da personalidade influenciam as suas respostas comportamentais. Com efeito, a par com as condições pessoais da mulher, outros fatores poderão tornar-se facilitadores ou inibidores no processo de aquisição do papel maternal, como são as crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimentos e as condições da comunidade e sociedade (Meleis, 2010).

Por sua vez, a maternidade concebida como um processo de decisão baseado no desenvolvimento pessoal e no autoconhecimento, mais do que o desejo de se ter um filho reflete o desejo de se ser mãe, num percurso que exige iniciativas, atuações e responsabilizações (Leal, 1999; Canavarro, 2001, 2006). Como fenómeno predominantemente social, perante a influência dos processos biossociais, onde se incluem as noções de sexualidade, de reprodução, da organização doméstica e de poder (Fidalgo, 2003), compreende-se que as características físicas, anatómicas e funcionais sejam pré-requisitos importantes para a ocorrência de uma gravidez, mas não como condições suficientes para uma maternidade adaptativa. Valoriza-se assim, dentro dos limites morais e éticos essenciais, a ideia de que o sentido de normalidade para cada indivíduo deve ser aquilo que o faz sentir-se melhor consigo próprio, na tentativa de desfrutar com qualidade os diversos momentos do ciclo de vida nos contextos sociais em que opta por viver, como é o caso da experiência da gravidez ou da maternidade vivida como migrante.

Assim, neste enquadramento, a categoria **MATERNIDADE VIVIDA COMO MIGRANTE**, revela aspetos destes dois processos dinâmicos e complementares, dentro do que se considera o desenvolvimento saudável de uma mulher grávida na adaptação ao papel maternal e, após o parto, no exercício da maternidade, mas com a particularidade de ser experienciado num outro país, numa outra sociedade com regras, valores, comportamentos sociais e de saúde que poderão ser diferentes dos que adquiriu no seu país. Mas, para além do referido, o modo como a gravidez e a maternidade é vivida pela

mulher migrante reflete o que esta exteriorizou como significativo de todo um percurso de imigração realizado, dando a perceber como esses significados se manifestam e influenciam os processos de gravidez e maternidade e em que bases se sustentou para decidir ter um filho no país de acolhimento. Aspetos estes que, sustentados na categoria VIVENDO O PROCESSO DE MIGRAÇÃO, influenciam as percepções, as ações e os sentimentos intrínsecos nos dados provenientes dos discursos das participantes e que representam as categorias que integram esta categoria central.

(Data: 22 e 30 de março)

Com efeito, a influência de se pertencer a um outro contexto sociocultural onde os comportamentos de saúde socializados, as práticas cuidativas aprendidas no seio familiar, a possível inexperiência da maternidade, a língua, a rede de apoio familiar e social e os fatores socioeconómicos se revelaram como determinantes na forma como as situações são definidas e formadas, nomeadamente na adaptação ou adequação do papel maternal e na interação estabelecida com a enfermeira(o) no âmbito da vigilância da gravidez e da maternidade. Agregam-se, assim, outras categorias que foram analisadas como condições influenciadoras de relevância entre a decisão de se ter um filho e os dois processos dinâmicos e complementares que são a gravidez e a maternidade vividas como migrante. Condições estas, codificadas de *Manifestando a influência cultural de origem* e a *Rede de apoio*, que associadas ao percurso de migrante particularizam a interação entre a mulher migrante e os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, por um lado, por ajudarem os enfermeiros a compreender as mulheres nas condições individuais em que vivem e, por outro lado, por ajudarem a perceber os elementos caracterizadores da interação estabelecida e os significados atribuídos aos cuidados de enfermagem.

A cultura construída psicológica e antropológicamente em torno de um sistema de significados, produz em cada indivíduo, um conjunto de comportamentos socialmente transmitidos, que se refletem sob a forma de herança de valores tradicionais e que, para além de serem o resultado da ação humana, condicionam novas atividades sociais. Nesta perspetiva, Vergani (1995, p.24), dá a perceber a singularidade da identidade cultural de cada indivíduo, sendo esta justificativa da importância da relatividade cultural e da equidade na dignidade das diferentes culturas, que não se podem hierarquizar.

Direcionando para a situação da maternidade vivida como migrante e na premissa de que todas as culturas ou sociedades apresentam normas de comportamentos e expectativas em relação à gravidez, ao parto e à maternidade baseadas em crenças, práticas, tabus ou rituais, fica claro o valor social que este período/etapa da vida mulher confere à comunidade ou classe social onde esta se encontra inserida, bem como a adesão da mulher, enquanto grávida, parturiente e mãe, a estas práticas e influências orientadoras. (Santiago, 2009)

No senso comum, especialmente para as mulheres que vivem em contextos culturais que valorizam a maternidade e, em que elas próprias se identificam com a figura materna, a maternidade é vista como algo instintivo ou inato à mulher, apesar de a literatura demonstrar que não é através do chamado “*instinto maternal*” que se consegue compreender a rica e complexa experiência com que se reveste o desejo e o

comportamento materno. (Tobin, 1999, citado por Canavarro, 2001). Contudo, nas sociedades contemporâneas, face à evolução tecnológica e científica que envolve a dimensão biológica da maternidade, a opção da mulher em ser mãe depende da influência cultural que orienta o comportamento da mulher, tornando a maternidade num “... *objecto de práticas culturais, económicas e sociais diversas e expressa-se consoante os contextos culturais.*”(Fidalgo, 2003, p.121).

(Data: 24 de março)

De facto, todas as sociedades humanas apresentam rituais e costumes que as caracterizam e, no âmbito da gravidez e maternidade, a adaptação às mudanças sociais e tecnológicas caminham a par com os mitos, tabus e as crenças mais tradicionais, em que cada mulher ajusta de acordo com o seu *self*, com os conhecimentos e experiência adquirida, quer por já se ter sido mãe, quer pela colaboração e observação dos comportamentos ajustados à gravidez, parto e pós-parto e, ainda, de acordo com o seu nível de adaptação à nova sociedade e qualidade do apoio familiar e social com que vivem. Aspetos estes que vão sendo analisados e relacionados nas diferentes categorias que compõem esta categoria central.

Nas sociedades tradicionais, as mulheres tendencialmente repetem os costumes das suas mães e família, promovidos por uma coesão social mais alargada que possibilita múltiplas e frequentes trocas afetivas e de identificação (Cordeiro, 1994; Kitzynger, 1996). Por sua vez, nas sociedades ocidentais e sobretudo nos centros mais urbanos, os futuros pais deparam-se com as limitações e implicações das organizações sociais atuais, que têm contribuído para o confronto de gerações, para a falta de apoios emocionais consistentes e para a tendência de as raparigas e mulheres jovens participarem, cada vez menos, nas práticas relacionadas com a maternidade, estando cingidas à experiência vivida com a sua própria mãe (Mascoli, 1990).

Numa outra perspetiva, não menos importante na análise das diferentes dimensões caracterizadoras desta categoria central, destaca-se a tendência das sociedades ocidentais para a valorização da individualidade e da autonomia, o que leva as jovens mães/casal a não optarem pela ajuda da experiência da família alargada e procurarem informação e aconselhamento nos profissionais de saúde e na tecnologia médica, onde a família e os amigos são impotentes para intervirem no processo de gravidez (Kitzynger, 1996). Considera-se, também, que esta tendência poder ser um fator gerador de stress para as mães com uma vivência da maternidade mais partilhada no seio familiar ou, em contrapartida, o aconselhamento e informação dos profissionais de saúde pode-se tornar num recurso importante para a aprendizagem e segurança da mulher migrante, afastada dos seus costumes e apoios e com uma rede familiar ou de amigos frágil ou quase inexistente no país de acolhimento.

(Data: 22 de março)

Nesta ordem de ideias, nos primeiros anos de migração, as mulheres migrantes normalmente confrontam-se com dificuldades psicossociais, emocionais e culturais que, associadas ao frequente isolamento e à pobreza de relações sociais e familiares provocam

desequilíbrios na interação mãe-criança e na capacidade de resposta às necessidades da mesma (N. Ramos, 2004). Assim, em simultaneidade com as necessidades de adaptação fisiológicas, psicológicas e emocionais próprias da gravidez e com o aumento de funções e responsabilidades inerentes ao exercício da maternidade, à mulher migrante, poderão ainda juntar-se sentimentos de ansiedade e angústia relacionadas com a situação migratória, que no seu todo, irão influenciar a dinâmica familiar, a saúde de todos os seus membros e, em particular, a saúde e bem-estar da própria mulher migrante.

A autora supracitada, apura que a dinâmica familiar e suas características influenciam significativamente os comportamentos maternos, durante o processo de adaptação à sociedade de acolhimento. Neste sentido, as referências às práticas tradicionais de educação e de cuidados a prestar às crianças tendem a desaparecer quando a coesão do grupo familiar é frágil e se dá uma rotura com os aspetos culturais do país de origem. Contudo, quando a coesão familiar é forte conservam-se as crenças familiares mais profundas, nomeadamente em relação aos cuidados com a saúde e com o desenvolvimento das crianças, onde as práticas mágico-religiosas, a postura, a gestualidade, a memória quinestésica do corpo, são mantidas dentro do círculo familiar, embora para o exterior se adotem os hábitos do país de recetor, como forma de ajuste às pressões exercidas pela sociedade de acolhimento (N. Ramos, 1993).

Nesta conjuntura, pretende-se justificar que a mulher migrante na envolvimento do seu papel maternal necessita de recursos que lhe possibilitem manter a mesma qualidade de interações afetivas e sociais que seriam possíveis no seu país de origem. Recursos estes, que na sociedade de acolhimento, se por um lado, deverão ser proporcionados por uma sociedade/comunidade responsável, através de uma rede social organizada que garanta uma assistência adequada a vários níveis, tais como da saúde, educação, jurídico, social, entre outros. Por outro lado, poderão ser conseguidos de um modo mais informal, onde se incluem amigos, vizinhos, grupos sociais e religiosos, que podem oferecer suporte emocional e apoio no desenvolvimento das diferentes atividades de vida diárias, ajudando a mãe migrante a resolver as dificuldades encontradas (Nota: Sensação de ainda não ter terminado esta concetualização...).



Diagrama 1- Esquema representativo da Categoria MATERNIDADE VIVIDA COMO MIGRANTE e categorias associadas (esboço inicial)

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Exma. Sr.ª

Dr.ª Maria da Conceição Santiago

mcfs65@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
17618/CES/2013

Data
10-10-2014

Assunto: "A Perspectiva da Mulher Migrante sobre a interação com o Enfermeiro: da Gravidez ao Pós parto"

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.026/CES/INV/2014

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luis Pisco

